



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LORENA DE MELO SANTOS

**CONSULTÓRIO DE/NA RUA: DESAFIOS NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA USUÁRIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

BRASÍLIA
2016

LORENA DE MELO SANTOS

**CONSULTÓRIO DE/NA RUA: DESAFIOS NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA USUÁRIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Saúde Coletiva, da Faculdade de
Ceilândia da Universidade de Brasília,
como pré-requisito para obtenção do
Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Msc. Carla Pintas
Marques

BRASÍLIA

2016

LORENA DE MELO SANTOS

**CONSULTÓRIO DE/NA RUA: DESAFIOS NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA USUÁRIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva e aprovado em sua forma final pelo Curso de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Aprovada em: 30/11/2016

Prof^a. Msc. Carla Pintas Marques

Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Breitner Luiz Tavares

Universidade de Brasília - UnB

Prof^a. Dra. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel

Universidade de Brasília - UnB

BRASÍLIA

2016

RESUMO

Introdução: A População em Situação de Rua é um grupo diverso que vive nas ruas das cidades e tem em comum a pobreza e vínculos familiares interrompidos. São afetados por problemas de saúde como: a tuberculose, DST, HIV e AIDS, álcool e drogas, problemas de saúde bucal, etc. Com o intuito de promover o acesso desse grupo aos serviços de saúde, foram criados os Consultórios na Rua que são dispositivos da Atenção Básica com equipes itinerantes e multidisciplinares que atuam sob a perspectiva da Redução de Danos. **Objetivos:** Identificar os desafios na atuação do Consultório na Rua frente à População em Situação de Rua usuária de Álcool e Outras Drogas, disponíveis na literatura científica e publicadas de 2009 a 2015. **Metodologia:** Esta é uma pesquisa de natureza exploratória e o delineamento adotado é a Pesquisa Bibliográfica. A busca nas bases de dados foi feita no período de setembro a outubro de 2016. Na análise, as respostas da pergunta de pesquisa foram organizadas de acordo com a pertinência de seus temas comuns. **Resultados:** Com base nos critérios de seleção definidos na pesquisa, foram escolhidos 3 artigos, 3 dissertações, 1 monografia e 1 tese (8 trabalhos). Identificou-se os seguintes desafios na atuação do Consultório na Rua frente à População em Situação de Rua usuária de Álcool e outras Drogas: falta de articulação intersetorial da rede de apoio; dificuldade de acesso da População em Situação de Rua na rede; dificuldades na abordagem na rua e com o público alvo, além dificuldades na reinserção familiar e social; falta de insumos, de estrutura e de investimentos; falta de qualificação dos profissionais e dificuldade na delimitação de atribuições no trabalho; rotatividade da equipe e reduzida quantidade de profissionais. **Considerações finais:** O estudo possibilitou identificar diversos desafios enfrentados pelos profissionais do Consultório de Rua frente à População em Situação de Rua usuária de Álcool e outras Drogas, podendo servir como base para reflexões das práticas de saúde e também no apoio de estudos para a melhoria das políticas, servindo de aporte teórico para os gestores.

Palavras-chave: Consultório de rua; consultório na rua; população em situação de rua; drogas.

ABSTRACT

Introduction: The homeless population is a group of people who lives in the streets of town and have poverty and broken family ties and common. They are affect by healty issues like tuberculosis, STD, HIV and AIDS; alcohol and drugs, oral health issues, etc. In order to promote the acess to health services to these people, health offices in the streets were created which are Basic Attention devices, with itinerant and multidisciplinary teams that work from the perspective of harm reduction. **Objective:** Identify the challenges in the practice of the Street Health Offices in front of the homeless population user of alcohol and drugs, available in the scientific literature from 2009 to 2015. **Methodology:** This is a exploratory research and the delimitation chosed is bibliographic research. The search in the databases was done from september to october 2016. In the analysis, the answers of the reserch questions were organized according to the relevance of their common themes. **Results:** Based on the standards defined in the research, 3 articles, 3 dissertations, 1 monografie and 1 thesis were chosen. The following challenges were identified in the work of the health offices in the streets, front the population with abuse of alcohol and other drugs issues: lack of intersectoral articulation of the support network; trouble of acess in the health network by the homeless people; trouble in approaching the targed audience and trouble with family and social reintegration; lack of inputs, structure and investments; lack of qualification professionals and trouble delimiting assignments at work; turnover staff and reduced number of professionals. **Final considerations:** The research made it possible to identify the challenges faced by the professionals of the Streets Health Offices, in front of the homeless people in abuse of alcohol and drugs, coming to serve as a basis for reflection on health practices and also to suppoprt studies do improve policies, serving as a theoretical contribution to managers.

Key-words: street clinic; homeless persons; drugs.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BDM/UnB	Biblioteca Digital de Monografias da Universidade de Brasília
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas
CNFE/MRE	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes do Ministério das Relações Exteriores
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CR	Consultório na Rua
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
eCR	Equipe do Consultório na Rua
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
FUNCAB	Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PNAD	Política Nacional Antidrogas

PSR	População em Situação de Rua
RD	Redução de Danos
SPA	Substâncias Psicoativas
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNFMP	Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Laboratório da Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
URS	Unidades de Referência em Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Evolução da legislação brasileira sobre drogas.....	25
QUADRO 2: Resumo dos instrumentos normativos sobre substâncias psicoativas no Brasil.	29
QUADRO 3: Falta de articulação intersetorial da rede de apoio	77
QUADRO 4: Dificuldade de acesso/resolutividade dos problemas da PSR na Rede de Apoio.	81
QUADRO 5: Discriminação e preconceito em relação a PSR (dificuldade de acesso e continuidade de tratamentos).	83
QUADRO 6: Consultório sem consultório - Características do local de trabalho.	84
QUADRO 7: Periculosidade nos espaços de abordagem.	85
QUADRO 8: CR é pouco difundido entre a PSR.....	86
QUADRO 9: Clínica de rua do inusitado em relação às características da PSR em uso de SPA.	87
QUADRO 10: Dificuldade de reinserção familiar (estigma).....	88
QUADRO 11: Resistência e/ou desistência dos usuários ao tratamento.	89
QUADRO 12: Falta de materiais.	90
QUADRO 13: Falta de investimentos.....	94
QUADRO 14: Falta de preparação, ausência de formação prévia dos profissionais.	95
QUADRO 15: Dificuldade na delimitação de atribuições no trabalho do CR.....	97
QUADRO 16: Ausência de uma coordenação (Autonomia x falta de respaldo).....	98

QUADRO 17: Rotatividade da equipe e reduzida quantidade de profissionais.	99
QUADRO 18: Falta de uma rede consolidada à noite.	102
QUADRO 19: Instrumentos descontextualizados.	103
QUADRO 20: Não continuidade de ações.	104
QUADRO 21: Ausência de registros em prontuários pelos profissionais.	105
QUADRO 22: Ausência de atendimentos específicos.	106

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Esquema da estruturação do Consultório na Rua	33
FIGURA 2: Ações desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua	35

LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1: busca bibliográfica de trabalhos científicos nas bases de dados BVS, banco de teses da CAPES, BDM/UnB e BDTD sobre Consultório de/na Rua e drogas.	44
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição dos resultados da busca bibliográfica por procedência de trabalho científico. Brasília- DF, 2016.	46
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Justificativa.....	17
1.2. Problema de pesquisa	17
2. MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. População em Situação de Rua.....	18
2.2. As drogas na sociedade, as políticas e a legislação brasileira sobre drogas..	22
2.3. Contextualização histórica do Consultório de/na Rua.....	31
2.3.1. Equipe multidisciplinar e suas atividades.....	34
2.3.2. Estabelecimento de vínculos	35
2.3.3 Trabalho em redes.....	36
2.3.4. A lógica da abstinência e a estratégia de Redução de Danos.....	37
3. OBJETIVOS	41
3.1. Objetivo Geral	41
3.2. Objetivos específicos	41
4. METODOLOGIA.....	42
5. RESULTADOS	46
5.1. Fichamento para levantamento das informações.....	46
5.2. Organização lógica do assunto	55
6. DISCUSSÃO	56
6.1. Desafios na rede de apoio social e à saúde	56
6.1.1. Falta de articulação intersetorial da rede de apoio	56
6.1.2. Dificuldade de acesso da População em Situação de Rua em uso de Álcool e outras Drogas na Rede	58

6.2. Desafios em relação ao espaço de abordagem e ao público alvo	59
6.2.1. “Consultório sem consultório” - Características do local de trabalho	60
6.2.2. “Clínica de rua do inusitado” - características do público alvo do Consultório na Rua e reinserção familiar e social	61
6.3. Desafios em relação à estruturação do serviço	63
6.3.1. Falta de insumos, de estrutura e de investimentos	63
6.3.2. Falta de qualificação dos profissionais e dificuldade na delimitação de atribuições no trabalho	65
6.3.3. Rotatividade da equipe e reduzida quantidade de profissionais	67
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
APÊNDICE	77

1. INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR) se caracteriza por ser um grupo diverso que vive nas ruas das grandes cidades de forma temporária ou permanente, podendo utilizar-se ainda, de unidades de acolhimento para pernoite. Tiram das ruas sua principal fonte de sustento, tendo em comum também a pobreza e vínculos familiares interrompidos ou frágeis (BRASIL, 2009).

Alguns acabam encontrando nas ruas o “*acolhimento*”, e concomitantemente se encontram em situações de risco. Percebe-se que há um aumento no número de pessoas da população geral que estão à margem das estruturas padrões da sociedade, o que gera o comprometimento de sua saúde física ou mental, e também da sua sobrevivência. (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

Além dos problemas sociais, estas pessoas são afetadas por diversos problemas de saúde incluindo a tuberculose; DST, HIV e AIDS, álcool e drogas, problemas de saúde bucal, dentre outros (CANDIANI, 2012). Geralmente, não buscam os serviços sociais e de saúde, como cidadãos, por conta do estigma em torno do fato de eles viverem nas ruas. Tal atitude resulta em agravos à saúde, principalmente, pelas práticas sociais desprotegidas e uso de substâncias psicoativas (VALÉRIO; MENEZES, 2010).

Com o intuito de promover o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, foi proposta a criação dos Consultórios na Rua pelo Ministério da Saúde que são dispositivos da Atenção Básica, que atuam sob a perspectiva da estratégia da Redução de Danos (RD), composto por uma equipe multiprofissional, que busca realizar suas intervenções dentro da referência interdisciplinar, podendo incluir profissionais como: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal e agentes Comunitários de Saúde (GONÇALVES; BRAITENBACH, 2010. BRASIL, 2012b).

De acordo com a portaria nº 122 de 2011, que define a organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, as modalidades das equipes de consultórios na rua são: Modalidade I: equipe formada, por quatro profissionais, dois profissionais de nível superior; e dois profissionais de nível médio; Modalidade II:

equipe formada por seis profissionais, três profissionais de nível superior; e três profissionais de nível médio; e Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2012b).

O trabalho dos Consultórios na Rua é feito com base na criação de vínculos entre profissional e usuário, utilizando-se das redes de cuidado em união com a sociedade, já que existe uma fragilidade nas relações onde estão incluídos esses usuários; e o uso da Redução de Danos como forma de respeitar o tempo e a autonomia dos usuários sobre suas escolhas. Dessa forma, esses profissionais precisam utilizar-se de uma escuta qualificada e livre de preconceitos para que consigam alcançar essas pessoas (SANTOS; MALHEIRO, 2010. LANCELOTI, 2012).

Esse dispositivo de saúde foi pensado a partir da estratégia de Redução de Danos que se originou de uma urgência em reduzir os índices da infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas injetáveis, e também por conta do aumento do consumo de bebidas alcoólicas entre jovens e os acidentes de trânsito decorrentes do uso desta substância. As ações de redução de danos devem compreender as medidas de atenção integral à saúde respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade (BRASIL, 2005).

A Portaria 1.028/2005 prevê que as ações de informação, educação e aconselhamento devem versar sobre os riscos e danos relacionados ao consumo de substâncias ou drogas que causem dependência; desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para este fim; orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”); prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias; orientação para prática do sexo seguro; divulgação dos serviços públicos nas áreas de assistência social e de saúde; divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos (BRASIL, 2005).

O uso dessa estratégia na atuação do Consultório na Rua busca valorizar o saber da população com a qual trabalham, para, dessa forma, planejar as ações de intervenção, discutindo coletivamente, sem restringir ao campo das disciplinas e experts, compreendendo que para se conseguir alcançar a saúde integral do ser humano é indispensável a autonomia (SANTOS; MALHEIRO, 2010).

Sendo assim, o Consultório na Rua foi construído nessa perspectiva em respeito às peculiaridades da População em Situação de Rua, visando uma efetivação

da integralidade na atenção a essas pessoas, dispondo de estratégias que podem ser consideradas inovadoras, tratando o assunto como o uso e abuso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública e reconhecendo a importância de se respeitar a liberdade do seu público alvo e seus direitos de escolha.

1.1. Justificativa

O presente estudo busca identificar o que tem sido produzido em estudos científicos sobre as maiores e mais comuns dificuldades, limites e desafios encontrados na atuação do Consultórios na Rua perante a População em Situação de Rua que faz uso de Álcool e outras Drogas desde 2009, ano da implementação do dispositivo citado, até o ano de 2015. E analisar e compilar o conteúdo desses trabalhos científicos de forma a fomentar novas produções científicas e aperfeiçoar esse dispositivo de saúde.

A importância deste trabalho está no fato de que o tema “Consultório na Rua” não possui muitas produções acadêmicas e, além disso, é pouco divulgado nos meios de comunicação, não sendo também uma pauta muito comum nas discussões dentro da universidade. Nesse sentido, há uma contribuição na exploração do tema dando a ele maior visibilidade.

Discutir estratégias inovadoras e desmistificar alguns preconceitos em torno do Consultório na Rua e seu público alvo é uma forma de dar embasamento para ampliação da divulgação do tema e para incrementar as técnicas de cuidado, recuperação e promoção da saúde dos usuários desse dispositivo.

1.2. Problema de pesquisa

Como já visto, o sujeito de pesquisa é o Consultório na Rua e o objeto a ser pesquisado são os desafios mais comuns encontrados na atuação do dispositivo de saúde perante a População em Situação de Rua em uso de Álcool e Outras Drogas. Sendo assim, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os principais desafios na atuação dos Consultórios na Rua na atenção à População em Situação de Rua usuária de Álcool e Outras Drogas, identificados na literatura científica?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. População em Situação de Rua

O Decreto 7.053/09, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, define População em Situação de Rua como:

um grupo heterogêneo que se concentra nas grandes cidades brasileiras e em suas regiões metropolitanas; que tem na rua sua principal fonte de sustento; que possui em comum a pobreza, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que faz dos logradouros públicos e das áreas degradadas espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, podendo utilizar-se ainda, de unidades de acolhimento para pernoite, de forma temporária ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

Esse grupo social normalmente vai ao serviço de saúde em situações emergenciais, por não reconhecerem seu corpo doente até que os sintomas paralitem suas atividades diárias. Desta forma, perante as particularidades do atendimento a essa população, esse usuário deve ser acolhido para que consiga alguma orientação, conforto e encaminhamento para a resolução de seu problema. Ou sua circulação/ acesso pela rede poderá ficar impossibilitada diante dos inúmeros procedimentos impessoais e burocratizados (TRINO; RODRIGUES; REIS JÚNIOR, 2012).

Essas pessoas são o público alvo do Consultório na Rua e um outro motivo de elas não buscarem os serviços sociais e de saúde é por conta do estigma em torno do fato de eles viverem nas ruas. Tal atitude resulta em agravos à saúde, principalmente, pelas práticas sociais desprotegidas e usos de substâncias psicoativas (VALÉRIO; MENEZES, 2010).

A População em Situação de Rua acaba sendo julgada como perigosas e “*novos desviantes*”, por consumirem substâncias como crack, álcool e outras drogas, vagando pelas ruas, pedindo ou roubando para sustentar sua dependência, não sendo

vistos mais como “*sujeitos desejantes*”, mas sim como inconvenientes, que perturbam e incomodam a vida em sociedade (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Trino, Rodrigues e Reis Júnior (2012) consideram importante que os profissionais voltados para o atendimento desse grupo, entendam como essas pessoas passaram a ressignificar suas vivências e como funciona a psicodinâmica das ruas:

Entendendo que o indivíduo em situação de rua, no seu processo de exclusão, sofre rupturas familiares, sociais e afetivas, tendo que necessariamente vivenciar novas formas de se relacionar em contextos sociais marcados pela desumanização e caracterizados por estigmas, violência e segregação, o que o incita a ressignificar sua inserção no andar a vida [...] a psicodinâmica da vida nas ruas representa um conceito de construção de resiliência e que deve ser entendido pelo profissional sob o prisma de como essa população se move nos seus contextos relacionais (TRINO; RODRIGUES; REIS JÚNIOR, 2012).

Os mesmos autores ressaltam que é preciso conhecer quem é essa população em situação de rua, através de diagnósticos, censos, cartografias, mapeamento de área, diferentes mecanismos para que a equipe de saúde possa identificar quem são as pessoas em situação de rua, onde elas costumam ficar, como se relacionam com a comunidade, os serviços públicos e estabelecimentos privados, como acessam os programas assistenciais, quais são as dificuldades que apresentam, quais os recursos comunitários disponíveis e que parcerias intersetoriais e interinstitucionais podem ser firmadas. Além disso, a equipe deve tentar buscar dados locais que refine a compreensão sobre essa clientela, seja por meio de censos locais, estudos de organizações não governamentais e da sociedade civil como um todo, seja por meio de estudos antropológicos, sociológicos e etnográficos [...] (TRINO; RODRIGUES; REIS JÚNIOR, 2012).

A partir dessas investigações é possível verificar quais outras grandes demandas surgem nesse grupo, para este estudo, considera-se importante saber, dentre outros aspectos, quais os problemas clínicos comumente encontrados que, de acordo com Candiani (2012) são: problema nos pés, por passarem muitas horas por

dia andando ou em pé; infestações por piolho; tuberculose; DST, HIV e AIDS; gravidez de alto risco; doenças crônicas; álcool e drogas e problemas de saúde bucal (CANDIANI, 2012).

Também é preciso conhecer as informações demográficas sobre a população em situação de rua no Brasil para que sejam geradas políticas mais eficazes no apoio a essas pessoas. Porém essas pesquisas são escassas, sendo constatada apenas uma Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua que foi feita pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em 2007, onde foram percorridas 71 cidades do país, no período de agosto de 2007 a março de 2008. Este estudo de abrangência nacional identificou um contingente de 31.922 adultos em situação de rua (BRASIL, 2008).

Essa pesquisa constatou diversas características importantes sobre gênero, idade, renda, escolaridade, como: a população em situação de rua é predominantemente masculina (82%). Mais da metade (53%) das pessoas adultas em situação de rua entrevistadas (somente foram entrevistadas pessoas com 18 anos completos ou mais) possui entre 25 e 44 anos. A maioria (52,6%) recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais. 74% dos entrevistados sabem ler e escrever; 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome (BRASIL, 2008).

Sobre a trajetória dessas pessoas nas ruas, encontrou-se que as principais razões da ida para a rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Dos entrevistados no censo, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos (que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro) (BRASIL, 2008).

Ao contrário do que pensa o senso comum sobre esse grupo de pessoas, de acordo com a mesma pesquisa a população em situação de rua é composta, em grande parte, por trabalhadores: 70,9% exercem alguma atividade remunerada. Dessas atividades destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Somente 15,7% das pessoas pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência. O estudo considera esses dados como relevantes “para desmistificar o fato de que a população em situação de rua é composta por ‘mendigos’ e ‘pedintes’. Aqueles que pedem dinheiro para sobreviver constituem minoria” (BRASIL, 2008).

A maior parte dos participantes da pesquisa costuma dormir na rua (69,6%). Um grupo relativamente menor (22,1%) costuma dormir em albergues ou outras instituições. Apenas 8,3% costumam alternar, ora dormindo na rua, ora dormindo em albergues. 46,5% dos entrevistados preferem dormir na rua, enquanto 43,8% manifestaram preferência por dormir em albergues. Entre aqueles que manifestaram preferência por dormir em albergue, 69,3% apontaram a violência como o principal motivo da não preferência por dormir na rua. O segundo principal motivo foi o desconforto (45,2%). Entre aqueles que manifestaram preferência por dormir na rua, 44,3% apontaram a falta de liberdade como o principal motivo da não preferência por dormir em albergue. O segundo principal motivo foi o horário (27,1%) e o terceiro a proibição do uso de álcool e drogas (21,4%), ambos igualmente relacionados com a falta de liberdade (BRASIL, 2008).

Sobre o acesso à alimentação, serviços do governo e cidadania: a maioria (79,6%) consegue fazer ao menos uma refeição por dia, sendo que 27,4% compram comida com seu próprio dinheiro. Não conseguem se alimentar todos os dias (ao menos uma refeição por dia) 19% dos entrevistados. Entre os problemas de saúde mais citados destacam-se: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/ cegueira (4,6%). Quando doentes, 43,8% dos entrevistados procuram em primeiro lugar o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% procuram o posto de saúde. Sobre a posse de documentação 24,8% das pessoas em situação de rua não possuem quaisquer documentos de identificação, o que dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania. 21,9% possuem todos os documentos de identificação mencionados na pesquisa. A maioria (61,6%) não exerce o direito de cidadania elementar que é o voto para a escolha dos representantes parlamentares e dos executivos governamentais, uma vez que não possui título de eleitor. A grande maioria não é atingida pela cobertura dos programas governamentais: 88,5% afirmaram não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais (BRASIL, 2008).

De acordo com Reis Júnior (2012), é importante ponderar que o período investigado nesta pesquisa pode não mais retratar a realidade atual, considerando-se a característica migratória dessa população, a mudança de estratégias públicas voltadas a ela e outras variáveis sociais que dão novas características ao fenômeno,

mesmo assim é um diagnóstico desse grupo em muitos municípios do país. Dessa forma, “a equipe do Consultório na Rua deve se esforçar em buscar outros diagnósticos acadêmicos e institucionais para melhorar seu olhar técnico e humano sobre essa população” (REIS JÚNIOR, 2012).

Identificou-se então que um dos motivos pelos quais as pessoas passam a viver nas ruas incluem o uso de álcool e outras drogas, que também foi citado por outros autores como um problema presente nesse grupo de pessoas em situação de rua. E que a partir de algumas práticas de uso de drogas e relações sexuais desprotegidas acabam por estarem mais vulneráveis a serem afetados por doenças transmissíveis o que gera sérios agravos à saúde dessa população. Como afirma Bucher (1989), “os usuários de drogas representam um grupo particular com comportamento de alto risco”. Sendo assim, o próximo tópico tratará sobre a presença de drogas na sociedade, as políticas e legislação brasileira sobre drogas.

2.2. As drogas na sociedade, as políticas e a legislação brasileira sobre drogas

De acordo com Bucher (1989) através da história da civilização, encontra-se a presença das drogas desde os primórdios da humanidade, incluídas em diversos contextos como social, econômico, medicinal, religioso, ritual, cultural, psicológico, estético, climatológico e mesmo militar. Sendo assim, o consumo de drogas deve ser considerado como um fenômeno especificamente humano: “não há sociedade que não tenha as suas drogas, recorrendo a seu uso para finalidades diferentes, em conformidade com o campo de atividades no qual se insere” (BUCHER, 1989). O uso de drogas possui como um denominador comum a indução de uma “alteração dos estados de consciência, a procura de experiências inéditas”, isto é, experiências de prazer (BUCHER, 1989).

Sobre os sentidos do uso de drogas, Bucher (1989), distingue três funções gerais: a primeira seria escapar da consciência de transitoriedade da existência e a angústia que isto provoca, a chamada “angústia existencial”. Isso significa, utilizar as drogas como meio de esquecer a transitoriedade e mortalidade, ao menos de forma temporária. A outra função de seu uso seria a procura de transcendência, que objetiva

estabelecer contato com forças sobrenaturais. É um sentido diretamente religioso numa tentativa de expandir os limites existenciais, em busca de elementos espirituais e divinos “capazes não somente de aplacar a angústia do homem, mas também de assegurar-lhe sobrevivência além da morte que biologicamente lhe é determinada” (BUCHER, 1989). A terceira função do uso seria a busca por prazer, ela domina a toxicomania moderna, operando desconectada das duas outras, porém é tão antiga quanto as outras e se vincula com elas em muitas práticas e religiões antigas (BUCHER, 2012).

Os efeitos farmacológicos esperados com o uso das substâncias psicoativas incluem-se: o alívio da dor (opiáceos); tentativa de reduzir uma atividade ou uma sensação que atinge um nível desagradável ou indesejável como a ansiedade, nervosismo, insônia, hiperestimulação, etc (depressores do sistema nervoso central); tentar intensificar o nível de atividade e a sensação de energia e de potência, ou reduzir a sensação de cansaço, de depressão, de sonolência (estimulantes do sistema nervoso central: cafeína, anfetaminas, cocaína, etc); *“É interessante observar que, na maioria dos casos, as receitas médicas visam uma dessas três finalidades”* (NOWLIS, 1982 apud BUCHER, 1989); tentar obter modificações no modo habitual de percepção, explorar, sair de si mesmo, obter novas intuições, aumentar sua criatividade, aumentar a intensidade das experiências sensoriais e estéticas e o prazer; tentar atingir diversos graus de embriaguez, de atordoamento de euforia, sensação de estar flutuando ou de vertigem (álcool, barbitúricos, haxixe, maconha, inalantes e solventes) (NOWLIS, 1982 apud BUCHER, 1989).

Bucher (1989) diz que para todos esses efeitos listados, foram encontrados exemplos já na antiguidade e que o que mudou de lá para cá refere-se a duas características: a fabricação de substâncias sintéticas (medicamento, por exemplo) e a diferenciação, através de convenções sociais e jurídicas, de drogas legais e drogas ilegais (BUCHER, 1989).

O desafio que se apresenta então reside no questionamento de saber como e por que (motivações) os homens pretendem alcançar a alteração das percepções, do humor e das sensações. O fato é que tentar compreender o uso das drogas vai além dos possíveis problemas imediatos causados pela dependência. Assim, explicações unidimensionais são falaciosas, que têm origem em mal-entendidos e preconceitos e

não de investigações científicas (BUCHER, 1989). Sendo assim, Bucher (1989), cita os dizeres de G. Edwards (Correio da Unesco, 1982):

Entre as falsas ideias, por exemplo, encontram-se estas: achar que álcool não é uma droga, que o uso de drogas só se refere aos jovens, que basta um tipo de explicação para compreender o problema das drogas, que uma solução apreciada no Ocidente tem efeitos no Oriente, que se pode curar as sociedades dos males da droga, reforçando-se cada vez mais a ação das alfândegas e da polícia, que o uso de drogas significa inevitavelmente uma apavorante decadência, enfim, que o problema decorre simplesmente da droga, simplesmente do indivíduo ou simplesmente do desequilíbrio da sociedade (Apud Bucher, 1989).

Da mesma forma Gonçalves (1989), reforça que “não é através de um feroz discurso antidroga que a situação poderá ser resolvida. Um discurso moralizador, preconceituoso, que coloca a droga como a ameaça, não tem mais credibilidade” (GONÇALVES, 1989). E ainda que “a droga é um sintoma que, da mesma forma que a febre, denuncia que algo do organismo não está funcionando bem” (GONÇALVES, 1989).

O problema das drogas é complexo e exige constantes reflexões em torno de seu uso e das motivações que levam as pessoas a usarem. Para Costa (1989), é incontestável que no século XX as drogas constituíram-se em um problema psicossocial pela disseminação incontrolável de seu consumo, o que faz todo o mundo refletir sobre isso, em busca de soluções que, se não o elimina, ao menos diminuem seus efeitos (COSTA, 1989).

No Brasil, somente após a Primeira Guerra Mundial iniciou-se um esforço mais efetivo das autoridades no sentido de oferecer meios de combate ao tráfico ilícito e ao uso indevido de substâncias entorpecentes (COSTA, 1989). Abaixo, um quadro demonstrativo da evolução da legislação brasileira sobre drogas desde o Império ao ano de 1976 de Costa (1989):

QUADRO 1: Evolução da legislação brasileira sobre drogas.

ENFOQUE DADO À SAÚDE		
- Código criminal do Império		Nenhuma referência ao problema
- Regulamento	29/09/1851	Política sanitária: substâncias entorpecentes incluídas entre as substâncias venenosas.
- Código Penal	1890	Crime contra a saúde pública: vender ou ministrar substâncias venenosas sem autorização. Pena: multa.
- Código Penal (Cap. III, art. 281)	01/01/1942	“Dos crimes contra a saúde”: o porte de drogas acarreta reclusão, sem fiança e com condenação criminal.
PREOCUPAÇÃO COM TRÁFICO ILÍCITO E ECONOMIA MARGINAL		
- Decreto nº 780	1936	Cria a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE)/MRE
- Decreto nº 891	1938	Dispõe sobre as substâncias entorpecentes (a produção, o tráfico e o consumo). Cria comissões estaduais.
- Decreto nº 4.270	1942	Fixa normas gerais para o cultivo de plantas entorpecentes e para extração, transformação e purificação de seus princípios ativos.
- Decreto nº 51.211	1961	Proíbe fabricação, comércio e uso de lança-perfume.
- Lei nº 4.451	1964	Altera artigo 281 do código penal; acrescenta ao elenco de verbos configurados como delito o verbo PLANTAR .
- Decreto-lei nº 159	1967	Dispõe sobre as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica. A relação das mesmas é de competência do SNFMMF; venda mediante receita médica.
- Portaria nº01 (SNFMMF)	1968	Acrescenta novas substâncias à relação das consideradas entorpecentes, de acordo com decisão da Convenção Única sobre Entorpecentes (N.Y., 1961).

- Portaria nº 09 (SNFMF)	1968	Inclui, igualmente, novas substâncias tóxicas e entorpecentes, e distribuição de amostras dos mesmos.
- Decreto-lei nº 63.391	1968	Dispõe sobre fiscalização em laboratórios de substâncias entorpecentes, e distribuição de amostras das mesmas.
- Decreto-lei nº 385	1968	Altera artigo 281 do Código Penal e pune o uso de drogas.
- Portaria nº 08	1968	Regulamentam a produção e comercialização de inúmeras substâncias e a prescrição das mesmas no socorro de urgência.
- Portaria nº 05	1969	
- Portaria nº 07 (SNFMF)	1969	
LEIS ESPECIAIS SOBRE O ASSUNTO		
- Lei nº 5.726	29/10/1971	Lei Antitóxicos: modifica Código Penal vigente; maior penalização a traficantes e usuários; internamento hospitalar para o dependente.
- Lei nº 6.368	21/10/1976	Atual Lei Antitóxicos. Três áreas fundamentais: educação, saúde e segurança.

Fonte: Costa (1989)

Costa (1989) cita também outros dispositivos importantes no marco legal sobre drogas como a Lei nº 7.560/86 que cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso - FUNCAB, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico de drogas ou atividades correlatas, e dá outras providências. No artigo 5º da Constituição Federal de 1988, XLIII e LI, dispõe sobre tráfico ilícito, crime inafiançável e passível de extradição; no art. 144 § 1º, II, sobre prevenção e repressão ao tráfico; no art. 227, § 3º, VII, sobre dependentes de drogas e menores; no art. 243 sobre plantas psicotrópicas, cultura e expropriação das terras; no art. 243, § único, sobre tráfico ilícito e confisco de bens (COSTA, 1989).

Para Correia (2010), o marco legal nacional sobre substâncias psicoativas vem passando por alterações, principalmente a partir da última década, em uma tentativa de olhar as questões relacionadas às drogas não apenas no âmbito da segurança

pública, mas, acima de tudo, nas áreas da saúde e da assistência social (CORREIA, 2010).

Inicialmente, merece ênfase a Lei nº. 10.216, de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira, que ratificou os princípios e diretrizes do SUS, objetivando a garantia à saúde aos usuários de serviços de saúde mental, incluindo as pessoas que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, da universalidade do direito à assistência, bem como à sua integralidade (CORREIA, 2010).

No ano seguinte, é publicada a Portaria GM nº. 816/2002, que estabelece, no âmbito do SUS, o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas”. Aqui as propostas de atenção e cuidado a pessoas que consomem álcool e outras substâncias psicoativas começam a ganhar mais consistência não mais focadas na abstinência (CORREIA, 2010).

De acordo com Duarte (2010), até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política nacional exclusiva sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Então somente após a XX Assembléia Geral das Nações Unidas, foram tomadas as primeiras providências sobre o assunto. O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculada à Casa Militar da Presidência da República. Sua missão é de “coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade” e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, incumbe à SENAD estimular os diversos sujeitos envolvidos com a temática na criação da política brasileira (DUARTE, 2010).

Então, em 2002, com o Decreto Presidencial nº. 4.345 de 2002, foi estabelecida a Política Nacional Antidrogas (PNAD), hoje conhecida como Política Nacional Sobre Drogas, em que foi retirado o prefixo “anti”. Em 2004, foi realizado o processo de realinhamento e atualização da política, através da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas e seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. A SENAD ficou responsável pela articulação e coordenação deste projeto nacional (DUARTE, 2010).

Em 2003, lançou-se um documento nomeado “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, onde se nota a

relevância da superação do atraso da responsabilidade do SUS nesse campo, com o comprometimento de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003 apud CORREIA, 2010).

A Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas), acompanhando o movimento mundial, reconheceu finalmente que usuários e dependentes não devem sofrer penalizações pela justiça com a privação de liberdade (DUARTE, 2010). Duarte (2010), explica que:

Esta abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento (DUARTE, 2010).

Diante disso, a justiça retributiva, baseada no castigo, é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas, como por exemplo: advertência sobre os efeitos das drogas; prestar serviços à comunidade em locais/programas que visem a prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; medida educativa de presença em programa ou curso educativo (DUARTE, 2010).

A PNAD retrata orientações e diretrizes sobre: “prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta; e estudos, pesquisas e avaliações” (CORREIA, 2010). O texto do documento, traz que a política é orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada, ou seja, deve haver cooperação e articulação entre “governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos”, reiterando a necessidade de descentralização das ações sobre substâncias psicoativas no Brasil. (BRASIL, 2008 apud CORREIA, 2010).

O Decreto nº. 5.912/2006, regulamenta o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que tem objetivos a seguir: colaborar para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a apresentar comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados; promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país; agregação das políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; coibir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas; impulsionar as políticas públicas

setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios (DUARTE, 2010).

No ano de 2007, por meio do Decreto Presidencial nº. 6.117/2007, apresentou-se à sociedade brasileira a Política Nacional sobre o Álcool. A política objetiva estabelecer princípios que direcionem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, observando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, gerado pelo consumo desta substância, assim como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (DUARTE, 2010).

Posteriormente, em 20 de maio de 2010, foi lançado o Decreto Presidencial nº. 7.179, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Este tem por objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações federais de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como, enfrentar o tráfico em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, visando a redução da criminalidade relacionada ao consumo dessas substâncias junto à população. Além disso, o plano supõe a disseminação de experiências bem-sucedidas como: Associação Lua Nova – acolhimento de jovens grávidas e/ou mães usuárias de drogas, que promove a inclusão social através da geração de renda; o Consultório de Rua – atendimento psicológico, médico e social voltado para a população que se encontra vivendo nas ruas; a Terapia Comunitária – onde a própria comunidade busca a solução para seus problemas, por meio da formação de uma rede solidária de acolhimento e encaminhamento. (DUARTE, 2010).

Abaixo, um quadro-resumo dos instrumentos normativos sobre substâncias psicoativas entre os anos de 1988 a 2005 de Correia (2010):

QUADRO 2: Resumo dos instrumentos normativos sobre substâncias psicoativas no Brasil.

Constituição Federal de 1988	Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar
-------------------------------------	--

	e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (...) § 3º - O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos: (...) VII - programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins.
Lei no. 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica)	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Lei no. 11.343/2006 (Lei de drogas)	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.
Decreto no. 5.912/2006	Regulamenta a Lei nº 11.343/2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e dá outras providências.
Política Nacional sobre Drogas (2005) Resolução no. 03/GSIPR/CH/ CONAD	Aprova a Política Nacional sobre Drogas, a qual adota como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, visando ampliar a consciência para a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas no Brasil.
Política Nacional sobre o Álcool (2007) Decreto no. 6.117, de 22/5/2007	Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.
Portaria GM no. 336, de 19/2/2002	Criou a possibilidade de existência dos Centros de Atenção Psicossocial - álcool/ drogas (CAPS ad) no SUS.
Portaria SAS no. 189, de 20/3/2002	Incluiu na tabela de serviços do SIA/ SUS, os procedimentos referentes à atenção a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos CAPS ad.
Portaria GM no. 816, de 30/4/2002	Instituiu, no SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Portaria GM no. 817, de 30/4/2002	Incluiu, na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), procedimentos referentes à atenção hospitalar em hospitais gerais por uso prejudicial de álcool e outras drogas.
Portaria SAS nº 305, de 3/5/2002	Definiu as normas de funcionamento e de cadastramento dos CAPS ad e designou centros de referência em vários estados para implementar o Programa Permanente de Capacitação para a Rede de CAPSad.
Portaria no. 2.197/GM, de 14/10/2004	Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.
Portaria nº 1.028, de 1º/6/2005	Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.
Portaria no. 1.059/GM, de 4/7/2005	Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.

Fonte: Correia (2010)

É importante analisar como as políticas públicas e a legislação que dá a base necessária aos órgãos e aos planos direcionados ao embate de problemas resultantes do uso e abuso de álcool e outras drogas vêm evoluindo com o passar do tempo. Isso porque é possível constatar através dessa cronologia a maneira como o tema vem sendo tratado e contextualizado na história. Além dessas políticas observarem e discutirem as mais novas tendências mundiais e de referência na prevenção e tratamento do uso abusivo de drogas (DUARTE, 2010).

2.3. Contextualização histórica do Consultório de/na Rua

Os Consultórios de Rua surgiram a partir da experiência idealizada e proposta pelo Dr. Antônio Nery Filho, na cidade de Salvador, na Bahia, com ofertas de serviços na modalidade de atendimento “*extramuros*”, com a proposta de promover acessibilidade aos serviços de saúde, assistência integral aos usuários de drogas e

promoção de laços sociais com enfoque intersetorial (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

A avaliação dessa experiência foi realizada entre 1999 e 2006 sendo considerada bem-sucedida, permitindo que o Consultório de Rua fosse incluído no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), e no ano de 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

Surge então uma necessidade de que para o enfrentamento da realidade da População em Situação de Rua em uso de Substâncias Psicoativas, seja feito por meio de políticas que compreendam o contexto da psicodinâmica da vida nas ruas, e os Consultórios na Rua aparecem como um dispositivo inovador nesse sentido (TRINO; RODRIGUES; REIS JÚNIOR, 2012).

Assim, sob a Portaria nº 122/2011, surgem os Consultórios de Rua, transferindo o atendimento da população em situação de rua para a atenção básica (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014). Atualmente, de acordo com a página do “Observatório Crack, é possível vencer”, existem 129 Consultórios na Rua na rede nacional (BRASIL, sem data). A formação da estrutura do Consultório na Rua pode ser ilustrada na seguinte figura:

FIGURA 1: Esquema da estruturação do Consultório na Rua



Fonte: Brasil (2012a)

Esses dispositivos desenvolvem ações integrais de saúde *in locu*, visando a serem resolutivos perante as necessidades de saúde da População em Situação de Rua, realizando uma abordagem ampliada, que possibilite a essa população o acesso ao cuidado da sua saúde como um direito, e não mais como uma “caridade” ofertada. O direito à atenção integral à saúde, estendido a todo e qualquer brasileiro, é um princípio preconizado pelo SUS, advindo do sentido de democracia a ser incorporado pela sociedade e garantido pelo Estado (TRINO; RODRIGUES; REIS JÚNIOR, 2012).

Segundo o “Observatório crack, é possível vencer”, além dos Consultórios na Rua, existem outras ações que estruturam as redes de atenção de saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares, sendo elas: Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infantil, leitos em enfermarias especializadas, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24

horas (CAPS ad), outros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Comunidades Terapêuticas, Serviço de Abordagem Social na Rua, Centro Pop e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (BRASIL, sem data).

2.3.1. Equipe multidisciplinar e suas atividades

O Consultório de Rua é composto por uma equipe multiprofissional. Essa equipe busca realizar suas intervenções dentro da referência interdisciplinar, cuja proposta vem facilitando resultados com maior efetividade diante de uma realidade tão complexa (GONÇALVES; BRAITENBACH, 2010).

No início dos trabalhos, a equipe era composta por um médico psiquiatra, um estudante do curso de medicina, um antropólogo, um psicólogo e um motorista. Com o passar do tempo, essa composição foi se modificando e se readaptando, sem, contudo, perder seu caráter multiprofissional. Afinal, esse dispositivo sempre foi projetado visando a cooperação sistemática entre os campos disciplinares (GONÇALVES; BRAITENBACH, 2010).

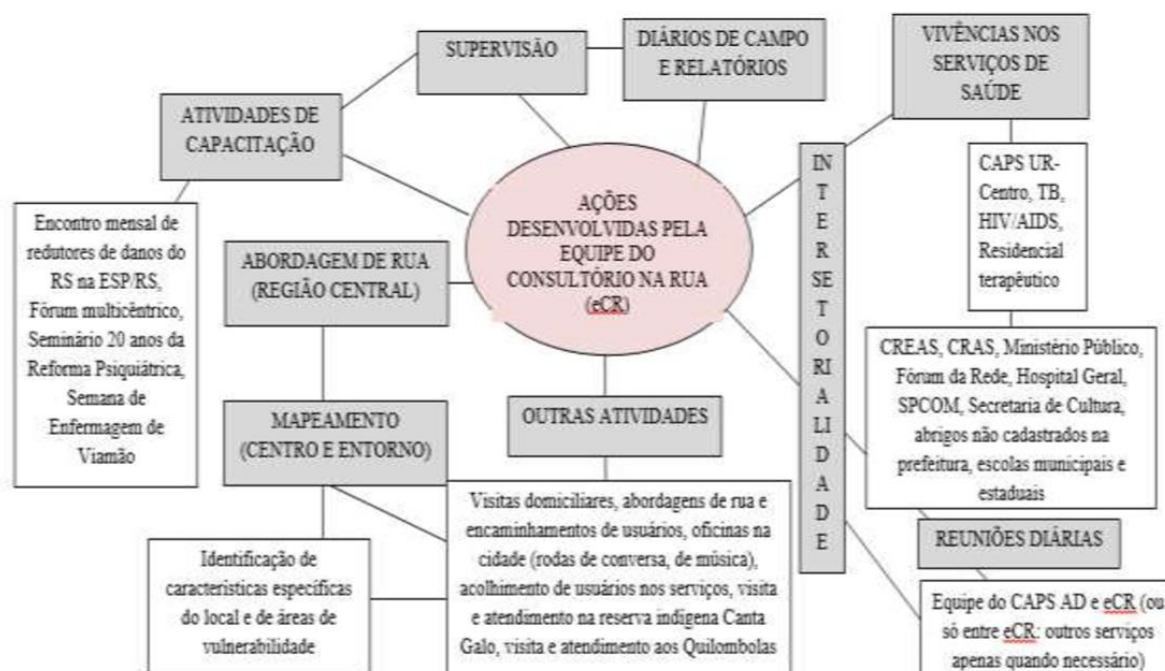
As modalidades das equipes de consultórios na rua, de acordo com a portaria nº 122 de 2011, são: Modalidade I: equipe formada, por quatro profissionais, dois profissionais de nível superior; e dois profissionais de nível médio; Modalidade II: equipe formada por seis profissionais, três profissionais de nível superior; e três profissionais de nível médio; e Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2012b).

As equipes poderão ser compostas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. Todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde. O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana, cumprindo carga horária mínima de 30 horas semanais (BRASIL, 2012b).

Quanto às atividades das equipes, a mesma portaria define que a equipe deverá fazer a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, de forma itinerante, desenvolvendo ações integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, caso necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2012b). Para exemplificar as ações do Consultório na Rua, cita-se um mapa feito por Roos (2012) descrevendo as vivências da equipe analisada em seu trabalho:

FIGURA 2: Ações desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua



Fonte: Roos (2012)

2.3.2. Estabelecimento de vínculos

Além do trabalho em equipe interdisciplinar ser uma das razões que permitem a melhora gradativa das pessoas em situação de rua dependentes de álcool e outras drogas, a construção do vínculo nas relações e a utilização da Redução de Danos também colaboram com a eficácia das ações voltadas a esse público (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012).

Todo trabalho em saúde exige o estabelecimento de um vínculo entre profissional e usuário. O fato da população em situação de rua ser desassistida e estigmatizada, exige que ao se propor trabalhar com esse público seja extremamente

necessário pensar em maneiras de alcançar a construção de um “laço” com essas pessoas, que estão cansadas de serem “tratadas de maneira fria e tecnicista” (LANCELOTI, 2012).

Os pressupostos necessários para criar vínculos entre esse grupo populacional e a equipe de Consultório na Rua englobam o despojamento e a empatia, a capacidade de compreender sem julgar e o respeito, que estabelece limites (LANCELOTI, 2012).

Apenas quem pertence ao mundo particular de significados do outro, consegue estabelecer vínculos. A população em situação de rua desafia a capacidade de aceitação e convivência. Os que mais necessitam, os que estão em situação de maior risco, muitas vezes, são os que mais resistem, são também os que mais humanizam o profissional e preparam para as melhores ações (LANCELOTI, 2012).

2.3.3 Trabalho em redes

A rede interna do público alvo do Consultório de Rua está enfraquecida e, na maioria das vezes, há um rompimento dos vínculos sociais, com difícil possibilidade de articulação, por esse motivo acaba sendo necessária a mediação de terceiros, como dos profissionais do Consultório de Rua (VALÉRIO; MENEZES, 2010).

Fazer a articulação da rede de atenção exige disponibilidade para reconhecer os limites internos individuais, profissionais e institucionais, para que se possa recorrer a uma ação “extramuros” e um melhor atendimento às necessidades do público assistido (VALÉRIO; MENEZES, 2010).

Os problemas de saúde demandados pela PSR têm origem em situações complexas, cuja resposta necessita de intervenções articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e com diversos outros setores. Nesse contexto, todas as variáveis envolvidas no uso e tráfico de drogas, a dificuldade de prevenção de certos agravos transmissíveis (como DST, dengue, leptospirose, tuberculose, dermatoses) e agravos em saúde mental e a ruptura de vínculos na relação familiar são exemplos de que a equipe deve buscar envolver outros atores para conseguir realizar atenção integral à saúde dessas pessoas (TRINO; RODRIGUES; REIS JÚNIOR, 2012).

Por isso, o trabalho feito pela equipe do Consultório de Rua é, desde o início, de articulação entre a população em situação de rua e os profissionais, as instituições, as políticas públicas, seus familiares e as ruas. A partir das parcerias feitas torna-se possível montar uma rede de cuidado direcionada à população em situação de rua e dessa forma obter sucesso na diminuição de riscos aos quais esse grupo está exposto (VALÉRIO; MENEZES, 2010).

2.3.4. A lógica da abstinência e a estratégia de Redução de Danos

As políticas públicas de saúde, ao longo da história, acabaram dando vazão para que outras instituições na área de segurança, justiça ou religião, cuidassem da questão das drogas. O indivíduo era submetido ao título de doente ou mesmo incapaz de fazer escolhas, sendo esses modelos de tratamento tradicionais assertivos no uso da abstinência (PASSOS; SOUZA, 2011).

Passos e Souza (2011), propuseram o “paradigma da abstinência” como uma rede de instituições que define as políticas de drogas e que se exerce de maneira coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, colocando o campo da saúde às decisões do poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS; SOUZA, 2011).

Dessa forma, o poder disciplinar age por meio da normalização das condutas desviantes, o objeto de intervenção é o criminoso, o louco, o delinquente, o “drogado”. Dessa forma, a Redução de Danos traz discussões sobre esta lógica da abstinência e os embates desta inovadora estratégia ocorrem, exclusivamente, contra os dispositivos disciplinares: a prisão e o manicômio (PASSOS; SOUZA, 2011).

O Consultório na Rua foi pensado desde seu início a partir da estratégia de Redução de Danos que surge de uma urgência de diminuir os índices da infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas injetáveis, e também por conta do aumento do consumo de bebidas alcoólicas entre jovens e os acidentes de trânsito decorrentes do uso desta substância (BRASIL, 2005).

De acordo com Andrade (2011), a estratégia de Redução de Danos começou a surgir no Brasil com os Programas de Redução de Danos reconhecidos internacionalmente como um importante artifício do exitoso Programa Brasileiro de

DST/AIDS. Os primeiros Programas de Trocas de Seringas do Brasil enfrentaram grande resistência de vários setores da sociedade, que tinham a concepção de que a troca de seringas era ilegal e incentivava o consumo de drogas. Contudo, por meio das experiências internacionais foi evidenciado que os Programas de Trocas de Seringas salvavam vidas, não aumentavam o consumo de drogas e ofereciam grande vantagem na relação custo-benefício para governos e populações (ANDRADE, 2011).

Ao longo do tempo, a estratégia de Redução de Danos começou a ser inserida nos espaços institucionais através das políticas de saúde do SUS, como a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas e também na Política Nacional sobre Drogas (SANTOS; MALHEIRO, 2010).

Segundo Santos e Malheiro (2010), essa estratégia está prevista na Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, e é descrita pelo Ministério da Saúde, como ações para a prevenção das consequências danosas à saúde, decorrentes do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo, sendo que o princípio fundamental que a orienta é o respeito à liberdade de escolha, visto que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas (SANTOS, MALHEIRO, 2010).

A Redução de Danos é descrita pela Portaria 1.028/05:

A redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2005).

A mesma portaria diz que as ações de redução de danos devem compreender as medidas de atenção integral à saúde onde se incluem a informação, educação e aconselhamento; assistência social e à saúde; e disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites, tudo isso respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade (BRASIL, 2005).

Estas ações objetivam o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas relações sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais. Além disso, devem, necessariamente, vir acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes dessas práticas (BRASIL, 2005).

Como previsto na Portaria 1.028/2005, as ações de informação, educação e aconselhamento devem versar sobre os riscos e danos relacionados ao consumo de substâncias ou drogas que causem dependência; desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para este fim; orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”); prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias; orientação para prática do sexo seguro; divulgação dos serviços públicos nas áreas de assistência social e de saúde; divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos (BRASIL, 2005).

Quando requeridas pelo usuário ou pelo dependente, a oferta de assistência social e à saúde devem incluir: o tratamento à dependência causada por produtos, substâncias ou drogas; o diagnóstico da infecção pelo HIV e o tratamento da infecção pelo HIV e da AIDS; a imunização, o diagnóstico e o tratamento das hepatites virais; o diagnóstico e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST); e a orientação para o exercício dos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal e quaisquer outros relativos à manutenção de qualidade digna da vida (BRASIL, 2005).

As atividades de Redução de Danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes, preservando as identidades e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2005).

A Redução de Danos compreende que para se conseguir alcançar a saúde integral do ser humano é indispensável a autonomia. Dessa forma, a pessoa que faz uso de substância psicoativa, para essa estratégia, é vista como ser ativo, capaz e útil para seus pares e para a sociedade como um todo, e não deve ser relegado a um

papel passivo menor. É, como todos, um cidadão de direitos, e não deve perder seus direitos por fazer uso de drogas ilícitas (SANTOS; MALHEIRO, 2010).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Identificar os desafios na atuação do Consultório na Rua frente à População em Situação de Rua usuária de Álcool e Outras Drogas, disponíveis na literatura científica nos anos de 2009 a 2015 publicadas nas bases de dados BVS, Banco de Teses da CAPES, Biblioteca Digital de Monografias da UnB e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.

3.2. Objetivos específicos

- Levantar artigos, teses, monografias e dissertações que versam sobre a atuação do Consultório na Rua frente à População em Situação de Rua usuária de Álcool e Outras Drogas, publicados nos anos de 2009 a 2015;
- Identificar os desafios encontrados na atuação do Consultório na Rua frente a População em Situação de Rua usuária de Álcool e Outras Drogas;

4. METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de natureza exploratória e o delineamento adotado é a Pesquisa Bibliográfica. Esse tipo de pesquisa foi descrito por Gil (1945), com o seguinte conceito:

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas (GIL, 2002).

Sendo assim, as etapas seguidas no processo deste estudo foram as elencadas por Gil (2002), que consistem na(o): 1) escolha do tema; 2) levantamento bibliográfico preliminar; 3) formulação do problema; 4) elaboração do plano provisório de assunto; 5) busca das fontes; 6) leitura do material; 7) fichamento; 8) organização lógica do assunto e 9) redação do texto (GIL, 2002).

Em relação aos descritores, foi feita consulta ao DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), buscando por descritores que melhor auxiliassem na pesquisa e recuperação dos dados. Para o assunto “álcool e outras drogas” foram pesquisadas as seguintes palavras e termos na busca do DeCS: substâncias psicoativas, drogas, drogas ilícitas, álcool, abuso de álcool, porém optou-se por usar a palavra “drogas” que engloba tanto as lícitas como o álcool, quanto as ilícitas. E sobre o assunto “Consultório na Rua”, foram escolhidos os termos “Consultório na Rua” e “Consultório de Rua”, porque tanto um como o outro são utilizados na literatura.

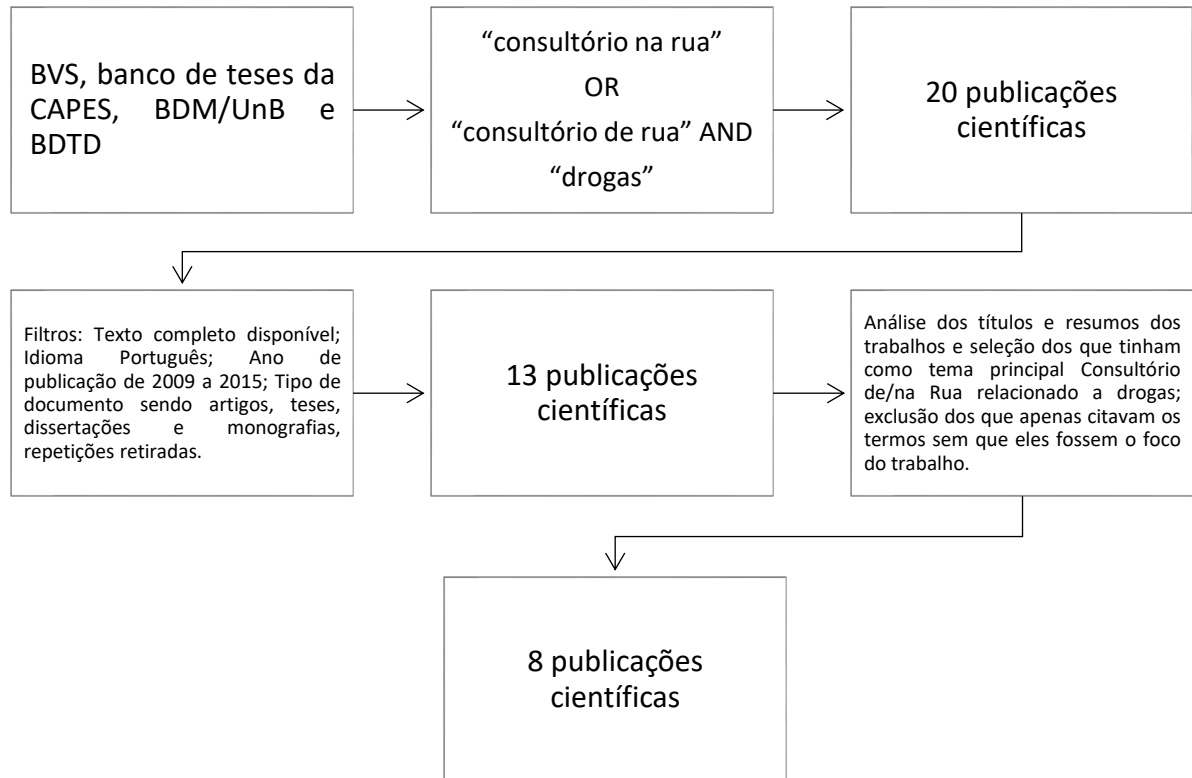
Para a coleta de dados, fez-se um levantamento da bibliografia utilizando-se os descritores de forma cruzada formando a seguinte estratégia de busca: “consultório na rua” OR “consultório de rua” AND “drogas”. As bases de dados utilizadas foram

Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), banco de teses da plataforma CAPES, biblioteca digital de monografias da UnB (BDM/UnB) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). A busca foi feita no período de setembro a outubro de 2016 (Fluxograma 1). Foram encontrados no total 20 publicações científicas (7 na BVS, 6 CAPES, 2 na BDM e 5 na BDTD). Um dos trabalhos não disponíveis no Banco de Teses da CAPES foi pesquisado por seu título no Google Acadêmico, sendo encontrado o artigo que se originou da tese.

Essas publicações foram refinadas utilizando-se os seguintes filtros (critérios): Texto completo disponível; Idioma Português; Ano de publicação de 2009 a 2015; Tipo de documento sendo artigos, teses, dissertações e monografias, e também foram retiradas as repetições, resultando na seleção de 13 publicações.

Logo foi feita a leitura dos títulos e resumos dos trabalhos e selecionou-se apenas aqueles trabalhos que tinham como tema principal Consultório de/na Rua relacionado a drogas em geral; e foram excluídos aqueles que apenas citavam os termos separadamente ou sem que eles fossem o foco do trabalho. Dessa forma, utilizando-se os critérios pré-definidos, foram escolhidos e organizados segundo procedência 3 artigos, 3 dissertações, 1 monografia e 1 tese, totalizando 8 trabalhos.

FLUXOGRAMA 1: busca bibliográfica de trabalhos científicos nas bases de dados BVS, banco de teses da CAPES, BDM/UnB e BDTD sobre Consultório de/na Rua e drogas.



Fonte: Criação própria (2016)

Os trabalhos científicos selecionados para a pesquisa totalizaram 8 (oito) publicações, que foram organizadas por procedência ou fontes científicas, sendo 3 (três) artigos, 3 (três) dissertações, 1 (uma) monografia e 1 (uma) tese.

Após a seleção da literatura (Fluxograma 1), iniciou-se uma leitura analítica que para Gil (2002) tem como finalidade “ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa” (GIL, 2002).

Gil (2002) define as seguintes etapas na leitura analítica: a) leitura integral da obra ou do texto selecionado; b) identificação das ideias-chaves; c) hierarquização

das ideias - organização das ideias seguindo a ordem de importância, distinguindo as ideias principais das secundárias; e d) sintetização das ideias - consiste em recompor o todo decomposto pela análise, eliminando o que é secundário e fixando-se no essencial para a solução do problema proposto.

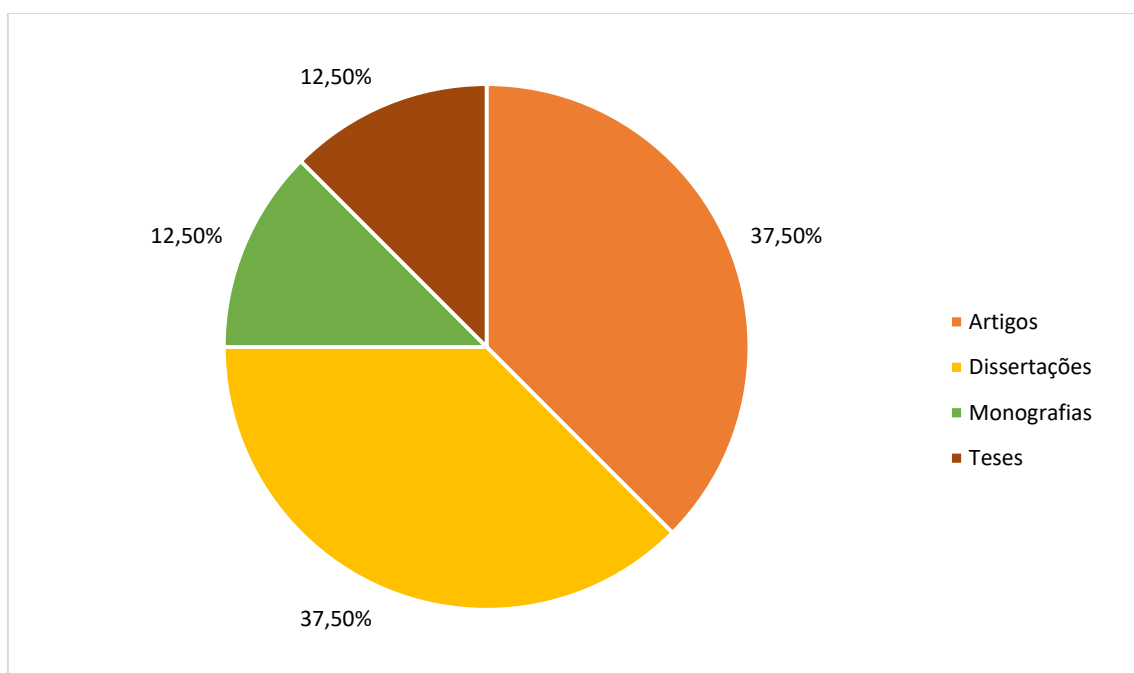
Para organização das informações coletadas, a partir da leitura analítica, foram utilizadas as fichas de leitura, nas quais foram identificados o tipo de trabalho (se artigo, tese, etc.), a referência bibliográfica, o resumo e a identificação das respostas à pergunta de pesquisa.

Para a análise e síntese das soluções do problema de pesquisa, os “desafios identificados” no fichamento foram separados de acordo com seus temas comuns e organizados em quadros (APÊNDICE) onde foram acrescentadas “as afirmações dos autores selecionadas como pertinentes ao tema/conceito em questão” (LIMA; MIOTO, 2007). Dessa forma, foi possível construir a discussão, onde foram considerados como desafios mais importantes aqueles que foram citados em dois ou mais trabalhos. Os desafios com temas que foram identificados em apenas um trabalho, não foram incluídos na discussão.

5. RESULTADOS

Seguindo as etapas de Pesquisa Bibliográfica segundo Gil (2002), foram selecionados 3 artigos, 3 dissertações, 1 monografia e 1 tese, totalizando 8 trabalhos que foram distribuídos segundo sua procedência como disposto no Gráfico 1.

GRÁFICO 1: Distribuição dos resultados da busca bibliográfica por procedência de trabalho científico. Brasília- DF, 2016.



Fonte: Criação própria (2016)

A partir da distribuição dos resultados da busca bibliográfica nota-se que os artigos e dissertações constituem maioria dentre as publicações científicas analisadas. Sendo assim, selecionados os trabalhos a serem analisados, iniciou-se o fichamento dos mesmos para levantamento das informações.

5.1. Fichamento para levantamento das informações

Nesta etapa tratou-se de identificar os desafios na atuação do Consultório na Rua frente à PSR usuária de Álcool e outras Drogas contidos em cada uma das publicações selecionadas.

ARTIGO 1

Referência: LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. **Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas.** *Psicologia em Estudo*, v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015.

Resumo: O estudo objetivou investigar os modos de atuação e as características do trabalho de intervenção com pessoas em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, segundo nove profissionais do Consultório na Rua (CR) do município de Goiânia (GO) e quatro usuários do serviço. Trata-se de estudo descritivo de cunho exploratório com metodologia qualitativa com aplicação de roteiros semiestruturados de entrevista e realização de análise de conteúdo. Os resultados, a partir dos relatos dos profissionais, configuraram eixos temáticos, tais como: atuação profissional no CR; aspectos facilitadores e dificultadores e apoio necessário para o trabalho. Para os usuários, os eixos foram: primeiro contato com a equipe e atuação dos profissionais do CR. Pôde-se identificar a consonância entre as ações desenvolvidas pelo CR no que se refere à construção de vínculo, ao processo de escuta e acolhimento e a atenção à saúde dos usuários na perspectiva da redução de danos. Outro aspecto indispensável é a equipe multiprofissional. Os desafios e dificuldades relevantes contam com a própria novidade do dispositivo de atenção; a fragilidade na articulação intersetorial como os da área de segurança pública e dificuldades de acesso a unidades de saúde do SUS, entre outros.

Desafios identificados:

- Preconceito e falta de aceitação do usuário pela sociedade civil;
- Fragilidade na articulação intersetorial (Atuação agressiva da Polícia Militar e da Guarda Municipal);
- Falta de insumos para o trabalho;
- Dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde (barreiras burocráticas);
- Nova forma de atendimento (“consultório sem consultório”), novidade do dispositivo.

ARTIGO 2

Referência: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. **A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas.** *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 22, n. 1SE, 2014.

Resumo: O estudo descreve e analisa a experiência no serviço de Consultório de Rua na visão de 5 profissionais que compõem a equipe de um município da Região Metropolitana do Recife, PE. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e submetidos à Análise de Conteúdo Temática. As questões se tratavam dos objetivos, da clientela, da demanda do público atendido, das ações realizadas e das dificuldades no cotidiano do trabalho. Em relação às dificuldades que podem surgir no cotidiano desse serviço destacam-se as barreiras burocráticas, o preconceito com a clientela, a dificuldade das famílias lidarem com essa situação e a necessidade de investimento maior no equipamento, tanto com relação aos materiais quanto à contratação e capacitação dos profissionais. Percebeu-se que vêm sendo desenvolvidas ações de promoção e prevenção da saúde, bem como de redução de riscos e danos sociais e à saúde de pessoas usuárias de álcool e outras drogas, cujas especificidades exigem atenção direcionada e singularizada.

Desafios identificados:

- Rede de atendimento: ausência de uma rede consolidada durante a noite; dificuldade de acesso do usuário aos serviços de saúde (Barreiras burocráticas - exigência de documentação); articulação intersetorial como um desafio complexo e permanente.
- Características da abordagem e do público alvo: dificuldades em relação a alguns instrumentos de intervenção utilizados (berimbau e pandeiro) às vezes descontextualizados; periculosidade dos locais de visita, principalmente em decorrência do tráfico de drogas; resistência e/ou desistência dos usuários ao tratamento, resistência por parte dos familiares em recebê-los de volta em casa.
- Estruturação do Serviço: poucos investimentos realizados pelos gestores e autoridades; falta de materiais (educativos e de consumo); reduzida quantidade de profissionais; o fato de o município contar somente com uma eCR; ausência de formação prévia para a atuação no serviço (comportamentos discriminatórios, preconceito com a clientela).

ARTIGO 3

Referência: TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L. A. **Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua.** *Revista de Educação Pública*, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.

Resumo: O estudo descreve os aspectos do Consultório de Rua do município de Cuiabá nas ações educacionais, preventivas e de enfrentamento ao uso de drogas por pessoas em situação de rua. A pesquisa é de caráter qualitativo e se fundamenta na orientação fenomenológica compreensiva dos relatos das pessoas em situação de rua. O estudo favoreceu o entendimento de que os sentimentos de exclusão, sofrimento e escolha por morar na rua têm suas raízes permeadas por processos políticos econômicos baseados na injustiça, que geram a pobreza, a exclusão das pessoas, que muitas vezes encontram nos espaços de rua e até mesmo nas drogas uma única possibilidade de

existir. A proposta do Consultório de Rua se mostrou adequada aos seus objetivos, estando em conformidade com as Políticas Públicas de Saúde do SUS, e, principalmente, com as necessidades desta população, com uma prática de cuidado inovadora e que respeita os direitos humanos básicos fundamentais das pessoas em situação de rua.

Desafios identificados:

- Pessoas que, sem acesso aos serviços da rede do SUS, encontram no Consultório de Rua uma possibilidade de garantir seus direitos aos cuidados básicos e orientações em educação e saúde.
- Refere-se a uma clínica de rua do inusitado, pois os que ali chegam, muitas vezes trazem uma situação emergente, exigindo manejo coerente para cada situação.
- Alguns apresentam comorbidades psíquicas e neurológicas, em estado de delírio, alucinações e transtornos mentais. Rupturas sociais severas, rompimentos afetivos e problemas ligados ao tráfico e à violência, todos estes problemas mediando o uso/abuso e dependência de álcool e outras drogas.
- Arbitrariedades e violações dos direitos humanos com ações como: retirada dos usuários da rua com força policial, internações compulsórias e agressões físicas com discurso de tratamento (falta de articulação da rede). O que acaba por anular ou desqualificar os esforços na atuação do CR.
- Posturas preconceituosas, e estereotipadas em relação ao usuário de drogas continuam sendo um desafio, já que alguns profissionais não possuem perfil qualificado para atuar no ambiente de CR.

DISSERTAÇÃO 1

Referência: ABREU, D. **Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua**. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele.

Resumo: Esta pesquisa social em saúde caracterizou-se como exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. Teve como objetivos: compreender aspectos sobre a situação de estar na rua, o uso de drogas e o atendimento do Consultório de rua; correlacionar informações colhidas em campo com o relatório final do Consultório de Rua; conhecer as ações realizadas pelo Consultório de Rua e sua contribuição no acesso à saúde; e identificar processos de inclusão e exclusão social vivenciados pela população em situação de rua. Os instrumentos de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada gravada em áudio; observação participante; o relatório final do Consultório de Rua e os diários de campo dos profissionais. Para organização e análise dos dados utilizou-se as técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin (1979) e Minayo (2010). Para o grupo estudado, existe uma forte relação do estar na rua e fazer uso de álcool e/ou outras drogas. O álcool é a droga mais consumida,

seguida do tabaco, cocaína, crack e maconha. Dos 15 entrevistados, apenas 4 conheciam o Consultório de Rua. As principais atividades realizadas pelo Consultório de rua foram os atendimentos individuais por meio de acolhimentos e as escutas, orientação para cuidados de saúde e encaminhamentos para a rede de saúde e assistência social. Dentre os limites estavam a pequena equipe e carga horária reduzida no CR; a falta de capacitação de alguns profissionais para o trabalho com tal público; a rede de assistência fragilizada e carro não adaptado para as atividades. Identificou-se uma forte presença de ações de violências e repressões sofridas por essa população, como processos de higienização das cidades. As ações direcionadas a esse público, bem como às pessoas que fazem uso de drogas nas ruas, são marcadas por irrisórios investimentos. As potencialidades do CR estavam relacionadas a presença dos agentes redutores de danos nas equipes, a facilidade de alguns profissionais se aproximarem das pessoas e suas realidades e oferecer escuta, acolhimento e orientações gerais; a contribuição do CR no acesso à rede de saúde.

Desafios identificados:

- Equipe do CR reduzida em carga horária, número de profissionais e categorias (dentre os quais enfermagem, medicina, psicologia e redutores de danos);
- Carro não adaptado para as atividades;
- Rede de apoio fragilizada na implementação de políticas públicas para o morador de Rua, como casa de apoio, casa de passagem e abrigo, e casa de acolhimento transitório;
- Dificuldades no cadastramento e atendimento dessa população nos serviços em geral, pela ausência de documentação.
- Dentre os limites apontados pelos sujeitos está o baixo conhecimento, por parte da população em situação de rua, sobre o consultório de Rua, a não continuidade de algumas ações iniciadas no primeiro ano de projeto e a possível falta de preparação de alguns profissionais para lidar com tal público.
- Se o cadastramento é feito a partir dos domicílios, estes já de antemão não podem ser cadastrados da maneira formal, encontrando nesses aspectos uma possibilidade de não acesso.
- Identificou-se uma forte presença de ações de violências e repressões sofridas por essa população, como processos de higienização das cidades.

DISSERTAÇÃO 2

Referência: PACHECO, M. A. A. G. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE.** 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.

Resumo: Analisa a Política de Redução de Danos na prática dos profissionais do Projeto Consultório de Rua, no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Foram considerados para a coleta de dados instrumentos metodológicos como a entrevista semiestruturada e a observação sistemática dos profissionais do Projeto Consultório de Rua no exercício de suas atividades. Participaram do estudo 05 sujeitos. Os dados obtidos foram processados por análise de conteúdo. Verificou-se nas práticas em saúde da abordagem de rua que mesmo existindo o modelo de atenção biomédico, prevalece para o profissional do PCR o modelo de atenção psicossocial. Em Fortaleza, a abordagem de rua realizada pelos profissionais que compõem a equipe do PCR, confirma uma tendência para práticas terapêuticas com enfoque na perspectiva da Redução de Danos. Destaca-se, frente à configuração ambiental urbana da prática de território, uma fragmentação da integralidade na rede local de saúde. A prática do cuidado em saúde na perspectiva da Redução de Danos só será possível de ser efetivada no espaço urbano se a responsabilização do usuário durante o uso da substância psicoativa também existir. Finalmente, sugere-se a elaboração de uma política de formação permanente aos trabalhadores pesquisados com fins de que estes transponham suas limitações e dificuldades. A ampliação dos espaços disponibilizados para o debate e a exposição de necessidades da equipe devem ser respaldados e promovidos continuamente, não só durante as supervisões institucionais.

Desafios identificados:

- O contexto de abordagem do CR caracterizou condições de trabalho insalubre aos sujeitos do estudo.
- Fragmentação da integralidade na rede local de saúde.
- Falta de identificação visual para a abordagem de rua, seja por uniformes ou crachás.
- Foi observado a inexistência de insumos diários para as situações das intercorrências clínicas
- Não foi observado nenhum registro, pelos profissionais, em prontuário específico, das intercorrências clínicas, das intervenções psicossociais e educativas, ou das reuniões com outros equipamentos sociais e supervisões.
- Ausência de reunião com a presença de coordenação para definirem as estratégias de abordagem e o planejamento das atividades a serem realizadas no dia.
- Não foram observadas ações intersetoriais de articulação com outros setores do governo e da sociedade civil
- Em alguns espaços onde os profissionais chegam para abordagem de rua permanecem próximos à Kombi ou por ainda não serem conhecidos pelo grupo ou por considerarem ser um espaço perigoso para a dispersão da equipe.

Referência: OLIVEIRA, M. G. P. N. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientador (a): Profª. Drª. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

Resumo: O objetivo desse estudo consiste em uma análise do Consultório de Rua enquanto prática de saúde que se propõe a atuar em contextos de risco psicossocial e uso de drogas entre jovens. Optou-se por um estudo de caráter qualitativo, utilizando como procedimento, a narrativa da experiência. Do ponto de vista técnico-metodológico, foram utilizados os registros e notas dos diários de campo resultantes da observação participante dos profissionais da equipe do CR, relatórios das atividades, registros de reuniões da equipe multidisciplinar, informações gravadas fornecidas em entrevistas no formato de grupo focal e fotografias. Conclui-se que o que está posto na lei pode, teoricamente, garantir os direitos dessa população, mas uma efetiva mudança neste cenário requer conscientização, sensibilização, vontade política e transformações das práticas de saúde e de seus profissionais. Assim, a proposta do Consultório de Rua nos parece adequada ao propósito de atender essa população, na medida em que está consoante com a política, com as necessidades detectadas da população em questão e por estar coerente com as novas práticas do cuidado em saúde, bem como com a transformação desejada na formação dos recursos humanos do setor saúde. Defendemos, portanto, a presença de Consultórios de Rua (sim, no plural), em diferentes pontos da cidade, como forma de acessar esses inúmeros brasileiros e dirimir as injustiças sociais de que são vítimas. Afinal de contas, esses são cidadãos que refletem o próprio funcionamento perverso da nossa sociedade, para os quais, entretanto, se fecha os olhos e toda e qualquer oportunidade, inclusive a pior de todas, a de ter acesso à saúde e à dignidade.

Desafios identificados:

- Encontrar os usuários com alterações de comportamento, da percepção, do humor, em manifestações de ansiedade incontrolláveis, sintomas que podem ser desencadeados pelos efeitos das substâncias psicoativas.
- Impacto dos técnicos frente às realidades de cada área, compostos de elementos que tornam esses contextos de extrema complexidade, onde estão presentes pobreza, violência, tráfico e uso de drogas.
- Carência de recursos comunitários e aos problemas de acesso à rede institucional de saúde e social, que não se apresentava receptiva nem preparada para o atendimento a essa clientela
- Os problemas com a rede de saúde institucionalizada eram enormes: falta de sintonia e de adequação do funcionamento dos serviços com a população e descaso para com os usuários encaminhados.
- A percepção sobre o usuário de drogas é cercada de preconceitos, principalmente, sobre aqueles que vivem nas ruas.

- A reinserção familiar e social
- A Polícia Militar que acredita ser seu papel social atuar (apenas) na função repressora. A simples presença deles já provocava uma interferência no trabalho.
- A transitoriedade dos profissionais da equipe
- A irregularidade de apoio financeiro levava a descontinuar as práticas, a interromper processos, a quebra de vínculos com a população.

Tese 1

Referência: ROOS, C. M. **Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua**. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.

Resumo: O objetivo deste trabalho é avaliar os efeitos de coletivo no consultório na rua de Viamão, narrando a experiência de sua articulação. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem cartográfica, realizada com a eCR de um município da região metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, no período de março a novembro de 2012. A colheita dos dados deu-se através da observação de informações documentais, anotações em diário de campo, saída de campo com o CR, relatório de atividades, relatório do mapeamento territorial, além de entrevista feita com a equipe do CR. O consultório na rua tornou-se um espaço de ressonâncias das diversas conexões em vigência, alinhado aos princípios de um trabalho engajado e vinculado à produção de vida que possibilitou uma reinvenção através da produção de novos sentidos, de novas potências, compondo paisagens de experimentação numa ideia de embarcação coletiva que navegou em um caminho de complexas dificuldades, um verdadeiro rio torrencial, num 'há (de)vir infinito': vir a ter o carro, vir a ter a capacitação, vir a ter um coordenador. Sem se configurar como um modelo a ser seguido, mas um processo a ser experimentado, aberto e não fechado em si mesmo, buscando no processo a potência de novas formas de cuidar. Arriscou-se versar acerca da complexidade da realidade para, de fato, tentar compreender a vida, o cotidiano, contribuindo não só para abastecer a produção acadêmica, mas, sobretudo, para promover práticas reais que se amparem em uma ciência a fim de ampliar as possibilidades de vida.

Desafios identificados:

- O impacto, impotência e inadequação dos profissionais sentido frente à realidade dos usuários de drogas na rua.
- A articulação intersetorial como um desafio complexo e permanente;
- A superação de preconceitos e estigmas associados às pessoas que fazem uso de drogas e às que estão em situação de rua
- Necessidade de reforço para a equipe na quantidade adequada de trabalhadores.
- A falta de formação de recursos humanos voltados para o trabalho em Redução de Danos;

- A falta de recursos materiais imprescindíveis, como veículo próprio, identificação dos trabalhadores (uniformes), insumos de prevenção e material informativo.
- Não houve curso de capacitação com enfoque em RD e havia muitas dúvidas acerca de como se desenvolveria o processo de realização do projeto.
- A dificuldade de manter os usuários nos CAPS (atrelada ao próprio usuário) e caráter itinerante do público alvo
- Mudança, fragmentação e rotatividade da equipe.
- Dificuldade no acesso e resolubilidade dos problemas dos usuários.
- Dificuldades no trabalho em equipe
- A falta de um coordenador ao mesmo tempo que dá autonomia nas decisões de cada um é uma dificuldade por não dá respaldo às ações

Monografia 1

Referência: DUTRA, A. L. P. **Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF?** 2014. 75 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

Resumo: O objetivo geral do trabalho foi analisar criticamente o processo de implantação do Consultório de Rua no Distrito Federal e sua recente migração para Consultório na Rua, de modo a evidenciar se a natureza, a abrangência, as atividades e os desafios desse processo de implantação contribuíram para assegurar direitos dos usuários. Analisou os modos de atuação e as características do trabalho com pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, segundo percepções de profissionais assistentes sociais do Consultório de/na Rua atuantes no DF, da atual gerência do e representantes do Movimento de População de Rua. A metodologia é qualitativa com roteiros semiestruturados de entrevistas individuais. Participaram da entrevista seis pessoas. Os relatos geraram sete aspectos a serem analisados: objetivos; rotina; equipes; estrutura/recursos materiais; adesão dos usuários aos serviços do CR; principais demandas e avanços, limites e desafios. Confirma-se a hipótese de que, apesar de ser um grande avanço tal dispositivo, as mudanças são quase nulas para a população em situação de rua no geral, uma vez que a demanda é muito grande para equipes tão pequenas e estruturas tão precárias.

Desafios identificados:

- Falta apoio da rede quando os usuários necessitam de atendimento mais específico (Fragilidade na articulação intersetorial);
- Falta estrutura para atendimento e acompanhamento de transtornos mentais severos;
- A demanda é muito grande para poucos profissionais;
- A formação das equipes é feita de forma confusa. Muitos não têm o perfil necessário para o trabalho.

- Cada equipe acaba trabalhando da forma que julga ser mais correta, sem um padrão a concepção do trabalho é confusa.
- Um dos maiores empecilhos para o atendimento na rede hospitalar, é o preconceito por parte dos profissionais.
- A precariedade de recursos materiais e estrutura física é um dos limites que mais repercutem no atendimento.

5.2. Organização lógica do assunto

Para organização das ideias principais (respostas da pergunta de pesquisa) encontradas nas publicações usou-se como base os trabalhos de Lima e Seidl (2015) e SOUZA; PEREIRA; GONTIJO (2014). Assim, foram identificados os seguintes desafios na atuação do Consultório na Rua frente à População em Situação de Rua usuária de Álcool e outras Drogas:

- **Desafios na rede de apoio social e à saúde:** falta de articulação intersetorial da rede de apoio; e dificuldade de acesso da População em Situação de Rua em uso de Álcool e outras Drogas na Rede.

- **Desafios em relação ao espaço de abordagem e ao público alvo:** *Consultório sem consultório* (características do local de trabalho); e *Clínica de rua do inusitado* (características do público alvo do Consultório na Rua e dificuldades na reinserção familiar e social).

- **Desafios em relação à estruturação do serviço:** falta de insumos, de estrutura e de investimentos; falta de qualificação dos profissionais e dificuldade na delimitação de atribuições no trabalho; rotatividade da equipe e reduzida quantidade de profissionais.

6. DISCUSSÃO

A complexidade da vida nas ruas impõe diversos desafios, limites e dificuldades no atendimento *in loco* da população que faz da rua seu local de moradia. Diante disso, foram identificados nos trabalhos selecionados para este estudo os maiores desafios enfrentados pelo Consultório de/na Rua em sua atuação frente à População em Situação de Rua que utiliza álcool e outras drogas.

6.1. Desafios na rede de apoio social e à saúde

6.1.1. Falta de articulação intersetorial da rede de apoio

Na rede de atenção à saúde e apoio voltados ao público alvo do Consultório na Rua, percebeu-se um desafio gritante que foi citado em todos os estudos analisados: a falta de articulação intersetorial dos serviços. Descrito por Sousa *et al* (2014) como “um desafio complexo e permanente” (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014).

Pacheco (2013) aponta em sua pesquisa que “não foram observadas durante o período da pesquisa ações intersectoriais de articulação com outros setores do governo e da sociedade civil em áreas como direitos humanos, educação, justiça e esporte” (PACHECO, 2013). Isso entra em consonância com o apontado nos trabalhos de Abreu (2013) e Dutra (2014), em que foi identificada fragilidade “na implementação de políticas públicas para o morador de Rua, como casa de apoio, casa de passagem e abrigo, e casa de acolhimento transitório” (ABREU, 2013); e também “falta apoio da rede quando os usuários necessitam de atendimento mais específico” (DUTRA, 2014).

Outro problema na articulação intersetorial verificada nos estudos foi em relação à uma atuação hostil da Polícia Militar e da Guarda Municipal (LIMA; SEIDL, 2015). Também observada no trabalho de Tondin *et al* (2013) que descreveu em sua pesquisa sua experiência da seguinte forma:

Vivenciamos uma série de arbitrariedades e violações dos direitos humanos em nossa atuação no Consultório de Rua, cometidos em

nome de uma sociedade livre das drogas, com ações, como: retirada dos usuários da rua com força policial, internações compulsórias e agressões físicas com discurso de tratamento, mas que escondem, em suas bordas, ações higienistas e segregadoras (TONDIN *et al*, 2013).

Na pesquisa de Oliveira (2009), a Polícia Militar compreende os problemas dos jovens usuários de drogas, especialmente das crianças, porém foi taxativa ao afirmar que seu papel social é atuar “(apenas) na função repressora” (OLIVEIRA, 2009). A autora descreve que a simples presença da Polícia Militar, mesmo que distante, já gerava uma interferência no trabalho, principalmente para as crianças que sentiam, à princípio, certa dificuldade em diferenciar e compreender o papel do Consultório na Rua, “levando algum tempo para isso, tempo em que predominava a desconfiança e certa reserva em se aproximar” (OLIVEIRA, 2009).

As experiências vividas nessas pesquisas (LIMA; SEIDL, 2015. TONDIN *et al*, 2013. OLIVEIRA, 2009) quanto a falta de articulação do Consultório na Rua com a Polícia Militar, nos levam a refletir sobre a real efetividade das ações desse dispositivo de saúde nesse contexto, já que, ao que parece, há uma interferência nas ações simplesmente com a presença da Polícia Militar, o que pode acabar anulando ou desqualificando os esforços na atuação do Consultório na Rua. E para além disso, verifica-se que os direitos dos cidadãos são violados quando há ação desse setor (TONDIN *et al*, 2013).

Outros problemas identificados por Oliveira (2009) mostram que a rede de saúde institucionalizada também acaba impondo limites na atenção à população em situação de rua. A autora cita que há uma “falta de sintonia e de adequação do funcionamento dos serviços com a população (critérios de marcação de horário, tempo de espera, formas de atendimento, dentre outros)” (OLIVEIRA, 2009). Bem como o descaso com os usuários encaminhados pelo Consultório na Rua, o que demonstra “a rejeição a esse segmento da população” (OLIVEIRA, 2009). A pesquisa elenca o que poderiam ser as razões para esse tipo de dificuldades dos profissionais que seriam o temor referido pelos profissionais em atendê-los, temores que se baseiam em fantasias de possíveis comportamentos agressivos, e a ausência de uma

cultura de bom atendimento através de acolhimento e de uma escuta atenciosa (OLIVEIRA, 2009).

Roos (2014) reconhece também que essa articulação intersetorial para a atenção integral do público alvo do Consultório na Rua é um desafio de difícil solução e contínuo. Assim como superar os preconceitos e estigmas que são associados às pessoas que fazem uso de drogas e àquelas em situação de rua, o que aparece também como um fator que dificulta o acesso ao cuidado e a adesão às práticas preventivas e de tratamento, de forma que os trabalhadores relataram “que no próprio CAPS AD haveria certo rechaço dos usuários acolhidos pelo CR, por parte de alguns profissionais e alguns usuários do serviço” (ROOS, 2014).

Para que esse dispositivo atenda integralmente a saúde de seu público alvo é necessário que exista uma boa articulação intersetorial que, apesar de ser um desafio muito complexo, não é impossível. A delimitação das atribuições de cada setor da rede, em relação a esse público, deveria então visar, na prática, um objetivo comum: o bem-estar físico, psicológico e social da população em situação de rua. Se cada setor se utilizar de uma visão diferente sobre essa população - como no caso da segurança pública que utiliza da repressão - dificilmente será obtido êxito nas ações.

Além disso, como um passo bastante importante, deve-se disseminar a informação sobre o trabalho do Consultório na Rua em todos os setores dessa rede de apoio, bem como incentivar a educação desses profissionais e da sociedade em relação aos aspectos tão peculiares da População em Situação de Rua e dos usuários de álcool e outras drogas, no sentido de tentar superar os estigmas e preconceitos em torno desse grupo, adaptando a rede para um bom acolhimento desse usuário.

6.1.2. Dificuldade de acesso da População em Situação de Rua em uso de Álcool e outras Drogas na Rede

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos usuários do Consultório na Rua foi citada por Abreu (2013), Lima e Seidl (2015) e Souza, Pereira e Gontijo (2014) como algo que acontece em decorrência de barreiras burocráticas, onde para ser feito o cadastro e atendimento dessas pessoas nos serviços em geral são exigidos alguns tipos de documentos, os quais essas pessoas, geralmente, não possuem.

Dessa forma, Tondin *et al* (2013) consideram que o Consultório na Rua acaba proporcionando a essas pessoas que, sem acesso aos serviços da rede do SUS, encontram nesse dispositivo uma possibilidade de garantir seus direitos aos cuidados básicos e orientações em educação e saúde.

Lima e Seidl (2015) apontam que há “preconceito e falta de aceitação do usuário pela sociedade civil” o que, para Oliveira (2009) e Dutra (2014), pode explicar dificuldades tanto no acesso quanto na adesão e/ou continuidade de tratamentos pela população em situação de rua usuária de álcool e outras drogas nos serviços de saúde.

De acordo com pesquisa de Oliveira (2009), houve relatos de profissionais da rede institucional de saúde que revelavam que a percepção sobre o usuário de drogas é rodeada de preconceitos, especialmente, em relação àqueles que vivem nas ruas. Esse tipo de visão prejudica a recepção e o atendimento aos usuários que acabam “acontecendo de maneira fria e sem o devido acolhimento, distanciando-os ainda mais dos serviços e impedindo a conclusão de procedimentos importantes para o tratamento de doenças, tais como o da tuberculose e DST/HIV/AIDS” (OLIVEIRA, 2009).

Para Dutra (2014) o preconceito é uma das maiores barreiras para o atendimento na rede hospitalar, distanciando ainda mais os usuários dos serviços. Isso se deve à falta de sensibilização dos profissionais da saúde diante da complexidade e especificidade do modo de vida da população em situação de rua (DUTRA, 2014).

Vê-se então que não existem apenas barreiras burocráticas no acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, mas também a presença do preconceito e discriminação que vem de dentro do sistema, o qual deveria ser composto por pessoas com o mínimo de compreensão das peculiaridades desse público que acima de qualquer estigma ou escolhas de vida também têm direito ao acesso e aos cuidados que esses serviços ofertam.

6.2. Desafios em relação ao espaço de abordagem e ao público alvo

6.2.1. “Consultório sem consultório” - Características do local de trabalho

Lima e Seidl (2015) tratam do Consultório na Rua como algo novo, uma nova forma de atendimento chamado por um dos entrevistados de “*consultório sem consultório*”, demonstrando a novidade desse dispositivo desafiador e que traz diversas dúvidas e inseguranças aos profissionais que ali atuam. Nessa pesquisa os trabalhadores relataram, dentre outros assuntos, o desafio de fazer atendimentos e procedimentos de saúde na rua, com as diversas situações e acontecimentos do cotidiano das pessoas em situação de rua:

[...] experiência desafiadora, é o consultório sem consultório. É estar naquilo que a pessoa considera como sua casa, sem parede, sem teto, o carro passando, a polícia te ameaçando, o traficante passando e vendendo drogas, as pessoas olhando, te condenando, muitas vezes porque você está atendendo um mendigo na porta da loja (Bento). (LIMA; SEIDL, 2015).

A pobreza, a violência, o tráfico e o uso de drogas são elementos que estão presentes nesses contextos de extrema complexidade e causam certo impacto nos técnicos frente às realidades de cada área, sendo esse impacto também considerado como uma das dificuldades enfrentadas na atuação desses profissionais (OLIVEIRA, 2009). Ross (2014) também identificou esse impacto causado pela revelação dessa realidade sobre os profissionais do Consultório na Rua. Isso parecia intensificar a angústia da equipe e o sentimento de impotência e de inadequação para lidar com um contexto de trabalho inusitado e complexo (ROOS, 2014).

Também foi citada a periculosidade nas áreas de abordagem do Consultório na Rua “principalmente em decorrência do tráfico de drogas” (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014). Em outro estudo, Pacheco (2013) observou que em alguns espaços onde os profissionais do Consultório de Rua chegavam para abordagem, permaneciam próximos à Kombi, algumas vezes, por considerarem ser um espaço perigoso para a separação dos integrantes da equipe, ou por ainda não serem conhecidos pelo grupo de usuários de substâncias psicoativas em situação de rua

que, às vezes, encontrava-se sob o uso coletivo da pedra de crack, na lata (PACHECO, 2013).

Abreu (2013) constatou que há um “baixo conhecimento, por parte da população em situação de rua, sobre o consultório de Rua” (ABREU, 2013), o que também torna complicada a aproximação dos profissionais em relação aos usuários. É um dispositivo de saúde considerado como novo e com abordagem inovadora e por isso ainda pouco difundido entre a população em situação de rua.

De fato, o trabalho do Consultório na Rua parece ser bastante desafiador e demandar muita criatividade e um perfil adequado dos profissionais para atuar nessas situações que aparecem de forma inusitada. O ambiente da rua é dinâmico e complexo o que muitas vezes pode exigir dos profissionais uma real identificação com aquele trabalho em específico para assim conseguir exercer com eficiência suas atribuições.

6.2.2. “Clínica de rua do inusitado” - características do público alvo do Consultório na Rua e reinserção familiar e social

Tondin *et al* (2013) descrevem o Consultório na Rua como uma “clínica de rua do inusitado”, isso porque o público atendido, muitas vezes traz uma situação emergente, requerendo um manejo coerente para cada situação (TONDIN *et al*, 2013):

Alguns apresentam comorbidades psíquicas e neurológicas, em estado de delírio, alucinações e transtornos mentais. Rupturas sociais severas, rompimentos afetivos e problemas ligados ao tráfico e à violência, todos estes problemas mediando o uso/abuso e dependência de álcool e outras drogas (TONDIN *et al*, 2013).

O atendimento a usuários de substâncias psicoativas *in loco* resulta, diversas vezes, em encontrá-los com alterações de comportamento, da percepção, do humor, em manifestações de ansiedade incontroláveis, sintomas que possivelmente foram desencadeados pelos efeitos das substâncias psicoativas (OLIVEIRA, 2009).

Além dessas situações imprevistas que ocorrem na atuação do Consultório na Rua, Roos (2014), em sua entrevista a profissionais desse dispositivo, mostra que

uma das dificuldades encontradas seria a característica itinerante da população em situação de rua:

E4 “No território, essa é uma cidade muito extensa, muito grande, então essa população que a gente atende ela se dispersa muito, então tu vais no local, te programa e ele não se encontra mais ali, tu tens que andar à procura deles...” (ROOS, 2014).

Além do mais, existe certa dificuldade na reinserção social e familiar de ex-usuários de drogas ou mesmo dos que querem diminuir o uso ou parar de usar as substâncias (OLIVEIRA, 2009). Muitas vezes esse problema não se deve a uma possível falta de vontade do usuário, mas sim da família ou da sociedade em geral em recebê-lo de volta. Isso porque essas pessoas vão carregar com elas um estigma a elas designado por um dia terem utilizado drogas.

Souza, Pereira e Gontijo (2014) e Oliveira (2009) afirmam que há uma relutância da família e relutância social em receber os pacientes que retornavam de internação, aqueles que pretendiam sustentar a abstinência das drogas, ou mesmo aqueles que desejavam reduzir ou cessar o consumo (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014; OLIVEIRA, 2009). Muitos reincidem ao uso por retornarem ao mesmo contexto anterior, em que não havia mudanças na realidade social nem alternativas de trabalho e lazer, sem oportunidade de promover mudanças efetivas na sua vida (OLIVEIRA, 2009). Essa falta de mudança no contexto de vida dessas pessoas “se apresentava como uma barreira desestimuladora” (OLIVEIRA, 2009).

A resistência ou desistência dos usuários aos tratamentos ocorrem por diversos fatores. Esse aspecto foi citado no estudo de Souza, Pereira e Gontijo (2014), e Roos (2014) trouxe um trecho de uma entrevista em que isso acaba sendo relacionado a uma escolha do usuário, dentre outros motivos:

E2 “... no CAPS não existe dificuldade em trazer o usuário e ser atendido, ele sempre é acolhido, qualquer usuário que venha ao CAPS ele é acolhido sempre, a dificuldade de mantê-los nos CAPS é do próprio usuário que ele precisa de um trabalho diuturno, pra que ele queira vir, ele tem que querer, porque normalmente ele vem ao CAPS

por alguma fuga, ele vem por fome, por falta de banho ou por não ter onde ficar” (ROOS, 2014).

O trabalho que o Consultório na Rua faz com usuários de drogas que vivem nas ruas, não exige deles abstinência das drogas. O cuidado é oferecido independentemente de estarem ou não em uso de substâncias psicoativas. Então, a adesão ou não ao tratamento depende de diversos fatores incluindo a decisão do usuário por ser um cidadão livre e que possui direito escolha.

6.3. Desafios em relação à estruturação do serviço

6.3.1. Falta de insumos, de estrutura e de investimentos

Quanto a estrutura do serviço, identificou-se, na grande maioria dos trabalhos (sete publicações), que a falta de insumos de trabalho e materiais educativos e de consumo é um problema muito presente no Consultório na Rua (LIMA; SEIDL, 2015. SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2007). Para Dutra (2014) “a precariedade de recursos materiais e estrutura física é um dos limites que mais repercutem no atendimento” (DUTRA, 2014).

Na pesquisa de Pacheco (2013) verificou-se que os integrantes da equipe do Consultório na Rua “não apresentaram nenhuma identificação visual para a abordagem de rua, seja por uniformes ou crachás [...]” (PACHECO, 2013). Na pesquisa de Roos (2014) um dos entrevistados fala sobre as consequências da falta de identificação visual dos profissionais da equipe:

E2 “[...] crachá nós não temos, pra identificação, em alguns locais que a gente vai não é bem recebido porque não temos identificação” (ROOS, 2014).

Além disso, Pacheco (2013) relata que foi identificada a inexistência de insumos diários como material destinado a curativos (antiséptico, gases, esparadrapo, luvas, soro fisiológico), entretanto se observou, raramente, somente o álcool em gel (PACHECO, 2013). A mesma autora completa dizendo que:

Os lubrificantes de uso sexual são distribuídos somente aos usuários do sexo feminino ou travestis e nem sempre estão disponíveis. O material álcool em gel, quando existente, é usado, principalmente pelos profissionais, para se prevenirem contra doenças passíveis de contágio durante a vinculação, no espaço da rua (PACHECO, 2013).

Abreu (2013) identificou que o carro utilizado pelos profissionais não era adequado para as atividades. Em Roos (2014) existem problemas com a ausência de um veículo, o que impõe barreiras técnicas ao trabalho dos profissionais, especialmente pelo “[...] fato de a eCR não ter veículo próprio, dependendo de eventuais empréstimos de carros de outros serviços” (ROOS, 2014). Um dos entrevistados de Roos (2014) sinaliza que essa é a maior dificuldade material que encontra em sua atuação:

E3: “Eu acho que a maior dificuldade é a gente não ter carro, a gente não poder ir aqui, ali acolá, de a gente ficar preso na mesma problemática, na mesma situação e não consegue ir adiante...” (ROOS, 2014).

Todas essas dificuldades materiais vividas por esses profissionais, possivelmente, podem ser explicadas a partir da constatação de outro problema que apareceu na análise das publicações científicas: os “poucos investimentos realizados pelos gestores e autoridades” (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014). Oliveira (2009), elenca os diversos transtornos causados pela inconstância de suporte financeiro verificados em sua pesquisa: insegurança para os profissionais que conseqüentemente gerava a desmotivação dos mesmos ao se perceberem obrigados a interromper as práticas e processos que demonstravam retornos positivos para o trabalho, a ruptura de vínculos com a população, gerando grande frustração (OLIVEIRA, 2009).

É difícil pensar na possibilidade de um trabalho que gere resultados efetivos da equipe do Consultório na Rua com a falta de tantos recursos materiais fundamentais como veículo, identificação dos trabalhadores (uniformes e crachás), insumos de prevenção, material informativo, inclusive celulares para comunicação (ROOS, 2014).

Dessa forma, parece impraticável o trabalho desses profissionais, já que eles dependem de tudo isso para alcançar os objetivos da proposta do dispositivo e acabam trabalhando de forma improvisada.

6.3.2. Falta de qualificação dos profissionais e dificuldade na delimitação de atribuições no trabalho

Em metade das publicações foi identificada uma possível falta de qualificação profissional e ausência de perfil e identificação com o trabalho do Consultório na Rua por parte dos profissionais ali atuantes. Na pesquisa de Souza, Pereira e Gontijo (2014) foi identificada através dos relatos dos trabalhadores uma possível inexistência de formação prévia para a atuação no serviço. Uma das entrevistadas conta que não houve em sua formação estímulo para estudar essa temática, apenas após ter sido contratada buscou se qualificar, utilizando-se também da prática do serviço como aprendizagem (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014). Ao que parece muitos profissionais não capacitados que atuam na área, podem acabar apresentando comportamentos discriminatórios em relação aos usuários:

[...] quando se encontra com um paciente desse muitas vezes não vai encontrar ele cheiroso, não vai encontrar ele bem vestido, de banho tomado, aí não quer chegar perto dele, existe discriminação (Alice) (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014).

Essa provável falta de preparo dos profissionais frente a população atendida pelo Consultório na Rua, também foi verificada por Abreu (2013) a partir do relato de um dos usuários do serviço:

“[...] eu na minha concepção não funciona, por que não sei, o jeito que eles chegam na gente, chegam meio ressabiados, eles tem medo da gente, por isso que deveria ter um morador de rua junto, entendeu?”(E 2) (ABREU, 2013).

Dutra (2014) afirma que a composição das equipes analisadas por ela, é feita de forma confusa e que muitos ali não escolheram trabalhar no Consultório na Rua e, portanto, não possuem o perfil consonante com o trabalho. Essa ausência de perfil acaba gerando insegurança nos profissionais que vão agir de forma despreparada e equivocada na abordagem aos usuários, como aparece no relato acima.

Ross (2014) encontrou uma incongruência muito importante em seu estudo. A autora verificou que não havia, na equipe analisada, formação voltada para a estratégia de Redução de Danos. Os profissionais tinham uma noção básica sobre o assunto, mas não houve curso de capacitação com foco em Redução de Danos. Sendo assim, Ross (2014) verificou que o que está previsto na Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2012, sobre acesso à educação permanente sobre Redução de Danos para as equipes de Consultório na Rua, não estava sendo cumprido no caso analisado.

O fato de a formação desses profissionais não ser apropriada para a atuação no Consultório na Rua sugere uma possível dificuldade na delimitação de atribuições no trabalho. Dutra (2014) identificou que “a concepção do trabalho ainda é confusa, onde cada equipe acaba trabalhando da forma que julga ser mais correta [...]” (DUTRA, 2014). Na pesquisa de Roos (2014) essa confusão na atribuição de funções e tarefas é demonstrada no seguinte relato:

E3 “... E no CAPS eu acho que é porque é um projeto, talvez as equipes sendo novas, uma coisa de apropriação...não que tenha que ser programado, mas tipo ‘o consultório vai dar conta disso, a equipe vai dar conta daquilo’, parece que ainda está uma coisa muito misturada, sem saber o que vai se passar.” (ROSS, 2014)

Não somente a falta de preparo dos profissionais pode acabar gerando essa dificuldade nas atribuições de atividades, mas também, como citado em dois estudos, a falta de uma coordenação que guie os profissionais, também pode estar gerando essas limitações (PACHECO, 2013; ROOS, 2013).

Nesse sentido, Pacheco (2013) constatou em sua observação “que os profissionais da equipe do Consultório de Rua não tinham nenhuma reunião com a presença de coordenação para definirem as estratégias de abordagem e o

planejamento das atividades a serem realizadas no dia” (PACHECO, 2013). E também percebeu que essas atividades do dia-a-dia não foram planejadas por nenhum dos profissionais da equipe que durante a observação de campo estavam sem coordenação imediata para a abordagem na rua (PACHECO, 2013).

A falta de um coordenador, ao mesmo tempo que parece dar maior autonomia nas decisões de cada um dos profissionais, pode também ser considerada uma dificuldade por não possibilitar um respaldo nas ações das equipes, como verificado na fala contida na pesquisa de Roos (2013):

E3 “Eu acho que na equipe do consultório a gente consegue tomar bastante decisões autônomas. Acho que pela falta de um coordenador nos deu autonomia pra decidir as coisas.” (...) É um processo de crescimento do profissional. Mas nem sempre a gente vai acertar. Mas ter um coordenador também é importante porque tu tens um respaldo. A gente consegue conversar, discutir bastante sobre as dificuldades, os problemas dos usuários e a gente sempre acha a solução junto, mesmo divergindo. E acho que muito não é a gente que toma a decisão, é o usuário que vai achar a solução dele, a gente vai estar acompanhando” (ROOS, 2014).

Para atuação com a População em Situação de Rua em uso de Álcool e outras Drogas seria interessante que os profissionais devessem ter, além de uma formação qualificada, também uma identificação com a temática das ruas, pois o alcance dos objetivos propostos vai depender não somente dos usuários como também do vínculo e confiança ali criados nessa relação profissional-usuário, cabendo também às universidades e escolas um maior incentivo e sensibilização das pessoas para que se tenha mais abertura no trato desse tema.

6.3.3. Rotatividade da equipe e reduzida quantidade de profissionais

Outras dificuldades encontradas na estrutura das equipes dos Consultórios na Rua, citados em algumas publicações científicas analisadas, foram: uma alta rotatividade dos profissionais (OLIVEIRA, 2009), ausência de algumas categorias

profissionais (ABREU, 2013. PACHECO, 2013), baixa quantidade de profissionais (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014. ABREU, 2013. ROOS, 2014), poucas equipes para uma demanda muito grande de usuários (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014. DUTRA, 2014).

A instabilidade dos profissionais da equipe, para Oliveira (2009), está associada aos seguintes fatores: “a dureza do trabalho na rua, o desconforto físico por desempenhar as atividades a céu aberto e nas condições precárias de alguns contextos do trabalho de campo, ocasionando, assim uma sobrecarga emocional [...]” (OLIVEIRA, 2009). Na fala a seguir, coletada por Roos (2014), é possível perceber o quanto é oscilante a formação das equipes:

E4 “Eu quando entrei pro consultório de rua ele já estava ‘andando’. Ele começou em março, eu comecei a vir uma vez por semana em abril e fiquei mesmo em maio. Ele foi constituído por uma equipe, depois essa equipe as pessoas foram pra outro setor de trabalho, aí a gente foi compondo uma nova equipe, daí essa equipe teve mudanças de novo... eram seis pessoas, depois sete, depois oito, daí saíram 5... e hoje nós estamos entre quatro. A equipe teve muita troca de pessoas, e isso dificulta o trabalho, pra firmar... como era um projeto que tu sabia que tinha um tempo pra terminar isso também dificulta” (ROOS, 2014).

Abreu (2013) identificou que a equipe do Consultório na Rua era reduzida em carga horária, número de profissionais e categorias como enfermagem, medicina, psicologia e redutores de danos. Pacheco (2013) chamou atenção para a ausência do profissional da área de assistência social na equipe que ela estudou. E Souza, Pereira e Gontijo (2014) apontaram para “o fato de o município contar somente com uma eCR” (SOUZA; PEREIRA; GONTIJO, 2014).

Ainda sobre a baixa quantidade de trabalhadores, Dutra (2014) afirma que “a demanda é muito grande para poucos profissionais” (DUTRA, 2014). Roos (2014) confirma “a necessidade de reforço para a equipe do projeto no que diz respeito à quantidade adequada de trabalhadores, tendo em vista a abrangência e complexidade das ações realizadas e da grande demanda de trabalho nas ruas” (ROOS, 2014). E isso é constatado no depoimento que se segue:

E1 “... No CAPS eu vejo assim que também às vezes quando tá muito agitado, falta funcionários, falta pessoal pra dar o suporte necessário. Porque tem dias que tá tudo calmo, mas tem outros dias que a situação tá bem... como eu vou dizer, os pacientes chegam muito agitados, sabe que quando chega um, dois agitados e agita os outros e aí as vezes fica complicada a coisa. Eu acho que a falta de pessoal é uma coisa bem importante” (ROOS, 2014).

Como viu-se é muito laborioso o trabalho do Consultório na Rua, o que demanda que as equipes sejam bem estruturadas e capacitadas para tal serviço. A proposta desse dispositivo exige que as equipes tenham uma sintonia entre si para que o serviço seja prestado de maneira a gerar bons resultados. Exige também que possam se apoiar uns nos outros e ter certa segurança e certeza das práticas e atividades que serão executadas. Portanto, o fato de haver alta rotatividade de trabalhadores gera uma fragmentação que com certeza interfere na continuidade e qualidade das ações.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de articulação do Consultório na Rua com outros setores foi constatada como um desafio bastante emergente e nos conduz a pensar sobre a real integralidade no atendimento de um público tão vulnerável e que necessita ser ouvido e visto. É preciso discutir e propor novos caminhos para que a População em Situação de Rua tenha a possibilidade de receber todos os cuidados que são ofertados nesses setores. As atribuições de cada setor da rede deveriam ter como objetivo comum: o cuidado e respeito dos direitos da população em situação de rua, sendo ou não usuários de drogas.

A informação é a melhor maneira de superar limites e dificuldades impostos na atuação do Consultório na Rua. Portanto, deve ser incentivado o debate sobre o tema em todos os setores da rede de apoio, bem como dos profissionais e da sociedade, no sentido de tentar superar os estigmas e preconceitos em torno População em Situação de Rua em uso de álcool e outras drogas que, dentre outras coisas, interfere inclusive na adesão e continuidade dos tratamentos.

Percebeu-se, então, que não existem apenas barreiras burocráticas no acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, mas também outra barreira preocupante: que é o preconceito e a discriminação vindos do próprio sistema, que deveria, justamente, acolher, compreender e apoiar, fazendo cumprir os direitos dessas pessoas.

O trabalho do Consultório na Rua é bastante árduo e demanda muita criatividade e improviso no manuseio das atividades, já que o contexto da rua surpreende esses profissionais com diversos aspectos como a violência, o tráfico, as condições insalubres e o uso abusivo de drogas. Esse dinamismo e complexidade das ruas requer que os profissionais possuam uma identificação e um perfil que esteja em consonância com o trabalho para assim conseguir desempenhar bem suas competências, construindo vínculo e confiança na relação profissional-usuário, extremamente necessários para o alcance dos melhores resultados.

Além disso, a atuação efetiva desse dispositivo fica limitada ou mesmo impraticável pela ausência de tantos recursos materiais que foram citados nos trabalhos analisados. Recursos esses que são essenciais como veículo, identificação

dos trabalhadores, insumos de prevenção, material informativo, celulares para comunicação, dentre outros. A ausência de investimentos e interesses políticos para essa área, parece ser o que colabora no estabelecimento desse grande desafio. Isso impõe barreiras difíceis de serem superadas ou contornadas pois a eficácia do atendimento depende também de tudo isso para alcançar os objetivos da proposta do dispositivo.

Outra dificuldade importante encontrada na atuação do Consultório na Rua, foi a demanda por equipes bem estruturadas e capacitadas para prestação do serviço. Isso porque o caráter multidisciplinar das equipes, além de ser um desafio constante para os profissionais é visto também como um apoio, um respaldo que gera maior segurança nas ações. Portanto, o fato de haver alta rotatividade de trabalhadores gera uma fragmentação que afeta diretamente na continuidade e qualidade das ações.

Por fim, este estudo possibilitou identificar diversos dos desafios enfrentados pelos profissionais do Consultório de Rua frente à População em Situação de Rua usuária de Álcool e outras Drogas, podendo servir como base para produzir reflexões no aperfeiçoamento das práticas de saúde desse segmento, auxiliando assim no trabalho desses profissionais e, conseqüentemente, na possível melhoria da saúde do público alvo. Podendo também ser importante no apoio de estudos para a melhoria das políticas que abrangem os temas aqui citados, servindo de aporte teórico para os gestores. Enfim, não se pretendeu aqui esgotar o tema abordado, reconhecendo-se a importância de um maior número de pesquisas que se aprofundem ainda mais neste tema tão necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, D. Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4665-4674, 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2009; 24 dez. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm Acesso em: 16 nov. 2016.

_____. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Observatório “Crack, é possível vencer”. Consultório na Rua. Sem data. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/consultorio-na-rua.html>. Acesso em: 17 nov. 2016.

_____. Observatório “Crack, é possível vencer”. Cuidado. Sem data. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html> Acesso em: 08 dez. 2016.

_____. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012b. Define as diretrizes e funcionamento das equipes de Consultório de Rua. *Diário Oficial da União*, 2012b; 26 jan.

_____. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

_____. Sumário Executivo PESQUISA NACIONAL SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Abril de 2008.

BUCHER, R. UNIDADE I: Visão histórica e antropológica das drogas. *Prevenção ao uso indevido de drogas* / Organização de Richard Bucher. – 2ª ed. – Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1991, c1989. 2v.: il. Programa de Educação Continuada: extensão universitária.

CANDIANI, C. Os problemas clínicos mais comuns junto a População em Situação de Rua. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CORREIA, L. C. Marco legal e institucional sobre substâncias psicoativas no Brasil: conhecer para cuidar. *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua* / organizadores: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. 89 p.: il.

COSTA, P. F. UNIDADE III: As drogas perante a lei. *Prevenção ao uso indevido de drogas* / Organização de Richard Bucher. – 2ª ed. – Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1991, c1989. 2v.: il. Programa de Educação Continuada: extensão universitária.

DUTRA, A. L. P. Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF? 2014. 75 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

GIL, A. C. 1946. Como Elaborar projetos de pesquisa. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, P. R. A.; BRAITENBACH, D. P. F. O Consultório de Rua interdisciplinar: olhares ampliados. *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. 89 p.: il.

GONÇALVES, E. C. UNIDADE IX: Sociedade e consumo de drogas. *Prevenção ao uso indevido de drogas / Organização de Richard Bucher*. – 2ª ed. – Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1991, c1989. 2v.: il. Programa de Educação Continuada: extensão universitária.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.1, p.39-48, 2012.

LANCELOTI, J. Vínculo no atendimento à população em situação de rua. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Rev. Katál. Florianópolis* v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007.

LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. *Psicologia em Estudo*, v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)* vol.18 no.49 Botucatu Apr./June 2014 Epub Apr 30, 2014.

OLIVEIRA, M. G. P. N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.

PASSOS, E. H.; SOUZA T. P. Redução de danos e saúde pública: construção de alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol Soc* 2011; 23:15462.

REIS JÚNIOR, A. G. População em Situação de Rua: contexto histórico e político. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.

SANTOS, A. M.; MALHEIRO, L. Redução de Danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. 89 p.: il.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(4):805-814, abr, 2014.

SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao

usuário de álcool e outras drogas. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 22, n. 1SE, 2014.

TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.

TRINO, A.; RODRIGUES, R. B.; REIS JÚNIOR, A. G. A população em situação de rua e seus territórios. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

VALÉRIO, A. L. R.; MENEZES, A. C. C. A rede de atenção ao usuário de SPA* em contexto de rua. *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. 89 p.: il.

APÊNDICE

ORGANIZAÇÃO DAS IDEIAS PRINCIPAIS

- DIFICULDADES NA REDE DE APOIO SOCIAL E À SAÚDE

QUADRO 3: Falta de articulação intersetorial da rede de apoio

Referências	Desafios identificados
Artigo 1: LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. <i>Psicologia em Estudo</i> , v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015.	Fragilidade na articulação intersetorial (Atuação agressiva da Polícia Militar e da Guarda Municipal)
Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. <i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar</i> , v. 22, n. 1SE, 2014.	Articulação intersetorial como um desafio complexo e permanente;
Artigo 3: TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. <i>Revista de Educação Pública</i> , v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.	Vivenciamos uma série de arbitrariedades e violações dos direitos humanos em nossa atuação no Consultório de Rua, cometidos em nome de uma sociedade livre das drogas, com ações, como: retirada dos usuários da rua com força policial, internações compulsórias e agressões físicas com discurso de tratamento, mas que escondem, em suas bordas, ações higienistas e segregadoras. O que acaba por anular ou desqualificar os esforços na atuação do CR. "Portanto, nos parece mais produtivo abordar o problema e reconhecer que o uso de substâncias psicoativas em nossa sociedade faz parte de nossa cultura, como fez de tantas outras; em vez de lançar mão de ações inúteis,

	<p>pensarmos em discutir as diferentes modalidades de usos, lícitos e ilícitos, e encontrar formas de diminuir os efeitos danosos, às pessoas e à sociedade. Neste universo, visualizamos uma possibilidade de mudanças de sentidos: quanto maior for a troca de ideias e vivências, menores serão as chances de ações simplistas e ineficazes.”</p>
<p>Dissertação 1: ABREU, D. Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele.</p>	<p>Rede de apoio fragilizada na implementação de políticas públicas para o morador de Rua, como casa de apoio, casa de passagem e abrigo, e casa de acolhimento transitório;</p>
<p>Dissertação 2: PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.</p>	<p>Ações intersetoriais de articulação com outros setores do governo e da sociedade civil em áreas como direitos humanos, educação, justiça e esporte não foram observadas durante o período da pesquisa.</p>
<p>Dissertação 3: OLIVEIRA, M. G. P. N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientador (a): Profª. Drª. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.</p>	<p>Os problemas com a rede de saúde institucionalizada eram enormes: a falta de sintonia e de adequação do funcionamento dos serviços com a população (critérios de marcação de horário, tempo de espera, formas de atendimento, dentre outros), assim como o descaso para com os usuários encaminhados, evidenciava a rejeição a esse segmento da população. Dentre as razões observadas para tal procedimento, registram-se o temor referido pelos profissionais em atendê-los, temores pautados</p>

	em fantasias de possíveis comportamentos agressivos, e à falta de uma cultura de bom atendimento através de acolhimento e de uma escuta atenciosa.
Dissertação 3: OLIVEIRA, M. G. P. N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientador (a): Prof ^a . Dr ^a . Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.	Com a Polícia Militar, no início do projeto, estivemos em diversos comandos próximos às áreas de atuação e, apesar de eles se colocarem como conscientes dos problemas dos jovens usuários de drogas, principalmente das crianças, foram muito claros ao afirmar o que acreditam ser seu papel social: atuar (apenas) na função repressora. Pelo menos, em boa parte, não interferiram diretamente, mas a simples presença, mesmo a certa distância, já provocava uma interferência no trabalho, principalmente para as crianças que sentiam, inicialmente, uma dificuldade em nos diferenciar, em compreender o nosso papel, levando algum tempo para isso, tempo em que predominava a desconfiança e certa reserva em se aproximar.
Monografia 1: DUTRA, A. L. P. Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF? 2014. 75 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.	Falta apoio da rede quando os usuários necessitam de atendimento mais específico (Fragilidade na articulação intersetorial);
Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.	A articulação intersetorial para a garantia de uma atenção integral foi sendo apreendida <u>como um desafio complexo e permanente</u> , bem como a superação de preconceitos e estigmas associados tanto às pessoas que fazem uso de drogas como àquelas em situação de rua, configurando-se inclusive como um fator dificultador do acesso ao cuidado e de adesão às práticas preventivas e de tratamento, visto que os trabalhadores relatavam que no próprio CAPS AD haveria certo rechaço dos usuários acolhidos pelo

	CR, por parte de alguns profissionais e alguns usuários do serviço.
--	---

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 4: Dificuldade de acesso/resolutividade dos problemas da PSR na Rede de Apoio.

Referências	Desafios identificados
Artigo 1: LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. <i>Psicologia em Estudo</i> , v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015.	Dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde (barreiras burocráticas);
Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. <i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar</i> , v. 22, n. 1SE, 2014.	Dificuldade de acesso do usuário aos serviços de saúde (Barreiras burocráticas - exigência de documentação)
Artigo 3: TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. <i>Revista de Educação Pública</i> , v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.	Pessoas que, sem acesso aos serviços da rede do SUS, encontram no Consultório de Rua uma possibilidade de garantir seus direitos aos cuidados básicos e orientações em educação e saúde
Dissertação 1: ABREU, D. Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele.	Dificuldades no cadastramento e atendimento dessa população nos serviços em geral, pela ausência de documentação.
Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-	E3 "... Mas acesso aos serviços da assistência social, principalmente a resolutividade, não é nem o acesso é resolutividade é o que mais incomoda, que as pessoas têm muito problema social, não que tenha que solucionar mas tem que ter um encaminhamento, tem que andar a coisa, não dá pra ficar parado no mesmo lugar...." (Trajeto 5 - Instrumental/deficiências)

RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.	
--	--

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 5: Discriminação e preconceito em relação a PSR (dificuldade de acesso e continuidade de tratamentos).

Referências	Desafios identificados
Artigo 1: LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. <i>Psicologia em Estudo</i> , v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015.	Preconceito e falta de aceitação do usuário pela sociedade civil
Dissertação 3: OLIVEIRA, M. G. P. N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientador (a): Prof ^a . Dr ^a . Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.	Diversos relatos de profissionais da rede institucional de saúde revelavam que a percepção sobre o usuário de drogas é cercada de preconceitos, principalmente, sobre aqueles que vivem nas ruas. Assim, a recepção e o atendimento aos usuários aconteciam de uma maneira fria e sem o devido acolhimento, distanciando-os ainda mais dos serviços e impedindo a conclusão de procedimentos importantes para o tratamento de doenças, tais como o da tuberculose e DST/HIV/AIDS.
Monografia 1: DUTRA, A. L. P. Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF? 2014. 75 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.	Falta sensibilização dos profissionais da saúde quanto a complexidade e especificidade do modo de vida da população em situação de rua. Um dos maiores empecilhos para o atendimento na rede hospitalar, é o preconceito partindo de quem os deveria atender, e acabam os distanciando ainda mais.

Fonte: Criação própria (2016)

- **CARACTERÍSTICAS DO ESPAÇO DE ABORDAGEM E DO PÚBLICO ALVO**

QUADRO 6: Consultório sem consultório - Características do local de trabalho.

Referências	Desafios identificados
Artigo 1: LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. <i>Psicologia em Estudo</i> , v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015.	Nova forma de atendimento (“consultório sem consultório”), novidade do dispositivo. “Ao descreverem o desafio em se fazer atendimentos e procedimentos de saúde na rua, com as inúmeras situações e acontecimentos do cotidiano das pessoas em situação de rua”. ... <i>experiência desafiadora, é o consultório sem consultório. É estar naquilo que a pessoa considera como sua casa, sem parede, sem teto, o carro passando, a polícia te ameaçando, o traficante passando e vendendo drogas, as pessoas olhando, te condenando, muitas vezes porque você está atendendo um mendigo na porta da loja.</i> (Bento)
Dissertação 3: OLIVEIRA, M. G. P. N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientador (a): Prof ^a . Dr ^a . Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.	Outra dificuldade está relacionada ao impacto dos técnicos frente às realidades de cada área, compostos de elementos que tornam esses contextos de extrema complexidade, onde estão presentes pobreza, violência, tráfico e uso de drogas.
Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.	Falas repetidas dos profissionais tais como a frase “o quê que é para fazer?”, expressavam o impacto sentido frente à realidade descortinada (revelada, mostrada) à sua frente contendo toda a complexidade da vida dos usuários de drogas na rua. Esse descortinamento parecia aumentar ainda mais a angústia da equipe e o sentimento de impotência e de inadequação para lidar com um contexto de trabalho inusitado. A inquietação mobilizava a equipe, a se indagar, continuamente, onde estava a sua falha.

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 7: Periculosidade nos espaços de abordagem.

Referências	Desafios identificados
<p>Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 22, n. 1SE, 2014.</p>	<p>Periculosidade dos locais de visita, principalmente em decorrência do tráfico de drogas;</p>
<p>Dissertação 2: PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.</p>	<p>Observou-se durante a pesquisa de campo que em alguns espaços onde os profissionais do Consultório de Rua chegam para abordagem de rua, ainda permanecem próximos à Kombi. Tal fato decorre, em algumas situações, por ainda não serem conhecidos pelo grupo de usuários de substâncias psicoativas em situação de rua (remete a ser um dispositivo pouco difundido entre a PSR) que, às vezes, encontra-se sob o uso coletivo da pedra de crack, na lata; outras vezes, por considerarem ser um espaço perigoso para a dispersão da equipe.</p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 8: CR é pouco difundido entre a PSR

Referências	Desafios identificados
<p>Dissertação 1: ABREU, D. Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele.</p>	<p>O baixo conhecimento, por parte da população em situação de rua, sobre o consultório de Rua;</p>
<p>Dissertação 2: PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.</p>	<p>Observou-se durante a pesquisa de campo que em alguns espaços onde os profissionais do Consultório de Rua chegam para abordagem de rua, ainda permanecem próximos à Kombi. Tal fato decorre, em algumas situações, por ainda não serem conhecidos pelo grupo de usuários de substâncias psicoativas em situação de rua que, às vezes, encontra-se sob o uso coletivo da pedra de crack, na lata; outras vezes, por considerarem ser um espaço perigoso para a dispersão da equipe.</p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 9: Clínica de rua do inusitado em relação às características da PSR em uso de SPA.

Referências	Desafios identificados
<p>Artigo 3: TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. <i>Revista de Educação Pública</i>, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.</p>	<p>Refere-se a uma clínica de rua do inusitado, pois os que ali chegam, muitas vezes trazem uma situação emergente, exigindo manejo coerente para cada situação. “Alguns apresentam comorbidades psíquicas e neurológicas, em estado de delírio, alucinações e transtornos mentais. Rupturas sociais severas, rompimentos afetivos e problemas ligados ao tráfico e à violência, todos estes problemas mediando o uso/abuso e dependência de álcool e outras drogas”.</p>
<p>Dissertação 3: OLIVEIRA, M. G. P. N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.</p>	<p>A proposta de atendimento a usuários de substâncias psicoativas <i>in loco</i> implica, muitas vezes, em encontrá-los com alterações de comportamento, da percepção, do humor, em manifestações de ansiedade incontrolláveis, sintomas que podem ser desencadeados pelos efeitos das substâncias psicoativas.</p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p>E4 “No território, essa é uma cidade muito extensa, muito grande, então essa população que a gente atende ela se dispersa muito, então tu vais no local, te programa e ele não se encontra mais ali, tu tens que andar à procura deles....” (Trajeto 5 - Instrumental/deficiências)</p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 10: Dificuldade de reinserção familiar (estigma).

Referências	Desafios identificados
<p>Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 22, n. 1SE, 2014.</p>	<p>Resistência por parte dos familiares em recebê-los de volta em casa</p>
<p>Dissertação 3: OLIVEIRA, M. G. P. N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientador (a): Profª. Drª. Mônica de Oliveira Nunes de Torrénté.</p>	<p>A re-inserção familiar e social dos pacientes que retornavam de períodos de internação também representava um grande entrave para aqueles que pretendiam sustentar a abstinência das drogas. Muitos reincidiam no uso por retornarem ao mesmo contexto anterior, onde não havia mudanças na realidade social nem alternativas de trabalho e lazer, sem possibilidades, enfim, de promover mudanças efetivas na sua vida. Não só para os usuários que já haviam permanecido um período de tempo em abstinência, mas também para aqueles que desejavam reduzir ou parar o consumo, essa imutabilidade social se apresentava como uma barreira desestimuladora. O que nos era constantemente revelado, então, estava expresso em uma frase, dezenas de vezes repetidas por diferentes usuários: “não dá pra viver na rua sem drogas”.</p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 11: Resistência e/ou desistência dos usuários ao tratamento.

Referências	Desafios identificados
<p>Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 22, n. 1SE, 2014.</p>	<p>Resistência e/ou desistência dos usuários ao tratamento</p>
<p>Tese 1: ROOS, Cristine Moraes</p>	<p><i>E2 “... No CAPS não existe dificuldade em trazer o usuário e ser atendido, ele sempre é acolhido, qualquer usuário que venha ao CAPS ele é acolhido sempre, a dificuldade de mantê-los nos CAPS é do próprio usuário que ele precisa de um trabalho diuturno, pra que ele queira vir, ele tem que querer, porque normalmente ele vem ao CAPS por alguma fuga, ele vem por fome, por falta de banho ou por não ter onde ficar”. (Trajeto 5 - Instrumental/deficiências)</i></p>

Fonte: Criação própria (2016)

- **DIFICULDADES EM RELAÇÃO À ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO**

QUADRO 12: Falta de materiais.

Referências	Desafios identificados
Artigo 1: LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. <i>Psicologia em Estudo</i> , v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015.	Falta de insumos para o trabalho;
Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. <i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar</i> , v. 22, n. 1SE, 2014.	Falta de materiais (educativos e de consumo)
Dissertação 1: ABREU, D. Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele.	Carro não adaptado para as atividades;
Dissertação 2: PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.	Esses profissionais, durante a realização desta pesquisa, não apresentaram nenhuma identificação visual para a abordagem de rua, seja por uniformes ou crachás, fato verificado na pesquisa de campo. Esse registro denuncia a falta de condições mínimas para o desenvolvimento das atividades laborais desses profissionais do PCR em Fortaleza.

<p>Dissertação 2: PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.</p>	<p>Foi observado, além da não identificação visual dos profissionais, a inexistência de insumos diários para as situações das intercorrências clínicas comuns já mencionadas. O material destinado a curativos como antiséptico, gases, esparadrapo, luvas, soro fisiológico são ausentes, no entanto se observou, raramente, apenas o álcool em gel. Os lubrificantes de uso sexual são distribuídos somente aos usuários do sexo feminino ou travestis e nem sempre estão disponíveis. O material álcool em gel, quando existente, é usado, principalmente pelos profissionais, para se prevenirem contra doenças passíveis de contágio durante a vinculação, no espaço da rua.</p>
<p>Monografia 1: DUTRA, A. L. P. Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF? 2014. 75 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.</p>	<p>A precariedade de recursos materiais e estrutura física é um dos limites que mais repercutem no atendimento.</p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p>os recursos disponíveis para o projeto atribuíam limites técnicos para a equipe. Principalmente o fato de a eCR não ter veículo próprio, dependendo de eventuais empréstimos de carros de outros serviços.</p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p>.... outro importante desafio enfrentado na implementação das ações do Consultório na Rua em Viamão, foi a falta de recursos materiais imprescindíveis, como veículo próprio, identificação dos trabalhadores (uniformes), insumos de prevenção e material informativo (celulares).</p>

<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p><i>E1 “Então, a gente teria que ter um carro todos os dias à nossa disposição, mas em virtude das dificuldades, enfim né, muitas vezes esse carro nos falta, então a gente tem que se locomover de ônibus, às vezes utilizando até meio próprio da gente, que isso dificulta, então a gente tenta se organizar com antecedência pra que isso não aconteça. E pra comunicação é o próprio celular, ou do serviço onde a gente está, mas se está na rua é o celular próprio, não temos outra coisa.” (Trajeto 5 - Instrumental/deficiências)</i></p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p><i>E1 “Bom no território, a falta dum veículo, isso aí dificulta bastante o trabalho da gente....” (Trajeto 5 - Instrumental/deficiências)</i></p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p><i>E3: “Eu acho que a maior dificuldade é a gente não ter carro, a gente não poder ir aqui, ali acolá, de a gente ficar preso na mesma problemática, na mesma situação e não consegue ir adiante....” (Trajeto 5 - Instrumental/deficiências)</i></p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p><i>E2 “...e também a maior dificuldade que eu tenho neste trabalho é a falta de material tipo carro e material pra oficina, como máquina fotográfica, celular, mas a maior dificuldade mesmo é com o veículo pra que a gente possa ir aos locais escolhidos, clubes de mães, escolas, visitas domiciliares ou levar algum usuário a algum lugar também, a maior dificuldade é no aspecto de fornecimento de... crachá nós não temos, pra identificação, em alguns locais que a gente vai não é bem recebido porque não temos identificação”.</i></p>

	<i>(Trajeto 7 - Mudança, fragmentação e rotatividade da equipe)</i>
Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.	<i>E4 "...e a dificuldade é material, não ter a condução pra nos levar nos lugares, isso dificulta muito." (Trajeto 10: Espaço das Relações: Ethos da equipe)</i>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 13: Falta de investimentos.

Referências	Desafios identificados
<p>Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. <i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar</i>, v. 22, n. 1SE, 2014.</p>	<p>Poucos investimentos realizados pelos gestores e autoridades</p>
<p>Dissertação 3: OLIVEIRA, M. G. P. N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientador (a): Profª. Drª. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.</p>	<p>A irregularidade de apoio financeiro trazia para a equipe uma insegurança, que repercutia no trabalho levando à desmotivação dos profissionais ao se verem obrigados a descontinuar as práticas, a interromper processos em que se vislumbravam retornos positivos para o trabalho, a quebra de vínculos com a população, o que gerava grande frustração.</p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 14: Falta de preparação, ausência de formação prévia dos profissionais.

Referências	Desafios identificados
<p>Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. <i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar</i>, v. 22, n. 1SE, 2014.</p>	<p>Ausência de formação prévia para a atuação no serviço. Uma participante relata que, durante sua formação, não houve incentivo ao estudo dessa área de intervenção, sendo que somente após ter sido contratada buscou capacitação e o aprendizado na prática do serviço. Referiu-se também que muitos profissionais, por atuarem na área sem estarem capacitados, podem apresentar comportamentos discriminatórios em relação à clientela. [...] quando se encontra com um paciente desse muitas vezes não vai encontrar ele cheiroso, não vai encontrar ele bem vestido, de banho tomado, aí não quer chegar perto dele, existe discriminação (Alice).</p>
<p>Dissertação 1: ABREU, D. Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele.</p>	<p>A possível falta de preparação de alguns profissionais para lidar com tal público. “[...] <i>eu na minha concepção não funciona, por que não sei, o jeito que eles chegam na gente, chegam meio ressabiados, eles tem medo da gente, por isso que deveria ter um morador de rua junto, entendeu?</i>”(E 2)</p>
<p>Dissertação 2: PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.</p>	<p><i>No início começamos a abordagem na coragem mesmo, sem ter ninguém junto que já fosse conhecido pela população de rua [...] Falta retaguarda e se agente vacilar já era.</i> (COLABORADOR 3) Essa dificuldade apresentada denuncia a não existência dos redutores de danos da própria comunidade compondo a equipe do PCR em Fortaleza.</p>

<p>Monografia 1: DUTRA, A. L. P. Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF? 2014. 75 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.</p>	<p>A formação das equipes é feita de forma confusa. Muitos não escolheram trabalhar no Consultório, não tendo o perfil necessário para o trabalho.</p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p>A falta de formação de recursos humanos voltados para o trabalho em Redução de Danos foi outro importante desafio enfrentado na implementação das ações do Consultório na Rua em Viamão</p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p>A equipe tinha apenas noção básica do trabalho em redução de danos (não houve curso de capacitação com enfoque em RD) e havia muitas dúvidas acerca de como se desenvolveria o processo de realização do projeto. Este fato foi na contramão da Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2012, que preconiza que as eCR terão acesso a processos de educação permanente, contemplando a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos (BRASIL, 2012e).</p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 15: Dificuldade na delimitação de atribuições no trabalho do CR.

Referências	Desafios identificados
<p>Monografia 1: DUTRA, A. L. P. Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF? 2014. 75 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.</p>	<p>A concepção do trabalho ainda é confusa, onde cada equipe acaba trabalhando da forma que julga ser mais correta, sem um padrão para todo o DF.</p>
<p>Tese 1: ROOS, Cristine Moraes.</p>	<p><i>E3 “... E no CAPS eu acho que é porque é um projeto, talvez as equipes sendo novas, uma coisa de apropriação... não que tenha que ser programado, mas tipo ‘o consultório vai dar conta disso, a equipe vai dar conta daquilo’, parece que ainda está uma coisa muito misturada, sem saber o que vai se passar.” (Trajeto 5 - Instrumental/deficiências)</i></p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 16: Ausência de uma coordenação (Autonomia x falta de respaldo).

Referências	Desafios identificados
<p>Dissertação 2: PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.</p>	<p>Saliente-se que anteriormente às idas ao campo, durante o período da observação sistemática, constatou-se que os profissionais da equipe do Consultório de Rua não tinham nenhuma reunião com a presença de coordenação para definirem as estratégias de abordagem e o planejamento das atividades a serem realizadas no dia. Essas atividades do dia-a-dia não foram objeto de planejamento por nenhum dos profissionais da equipe do Consultório de Rua que durante nossa observação de campo encontravam-se sem coordenação imediata para a abordagem na rua.</p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p>A falta de um coordenador ao mesmo tempo que dá autonomia nas decisões de cada um é uma dificuldade por não dar respaldo: <i>E3 “Eu acho que na equipe do consultório a gente consegue tomar bastante decisões autônomas. Acho que pela falta de um coordenador nos deu autonomia pra decidir as coisas.” (...) É um processo de crescimento do profissional. Mas nem sempre a gente vai acertar. Mas ter um coordenador também é importante porque tu tens um respaldo. A gente consegue conversar, discutir bastante sobre as dificuldades, os problemas dos usuários e a gente sempre acha a solução junto, mesmo divergindo. E acho que muito não é a gente que toma a decisão, é o usuário que vai achar a solução dele, a gente vai estar acompanhando”. (Trajeto 10: Espaço das Relações: Ethos da equipe)</i></p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 17: Rotatividade da equipe e reduzida quantidade de profissionais.

Referências	Desafios identificados
Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. <i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar</i> , v. 22, n. 1SE, 2014.	Reduzida quantidade de profissionais
Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. <i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar</i> , v. 22, n. 1SE, 2014.	O fato de o município contar somente com uma eCR;
Dissertação 1: ABREU, D. Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele.	Equipe do CR reduzida em carga horária, número de profissionais e categorias (dentre os quais enfermagem, medicina, psicologia e redutores de danos);
Dissertação 2: PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.	Na equipe do PCR não há o profissional da área de assistência social.

<p>Dissertação 3: OLIVEIRA, M. G. P. N. Consultório de rua: relato de uma experiência. Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009. 151p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientador (a): Profª. Drª. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.</p>	<p>Uma outra dificuldade diz respeito à transitoriedade dos profissionais da equipe, observada nos sete anos da prática do CR, relacionada a fatores tais como a dureza do trabalho na rua, o desconforto físico por desempenhar as atividades a céu aberto e nas condições precárias de alguns contextos do trabalho de campo, ocasionando, assim uma sobrecarga emocional que se infligia aos profissionais no “corpo a corpo” do trabalho.</p>
<p>Monografia 1: DUTRA, A. L. P. Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF? 2014. 75 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.</p>	<p>A demanda é muito grande para poucos profissionais;</p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p>Percebeu-se também a necessidade de reforço para a equipe do projeto no que diz respeito à quantidade adequada de trabalhadores, tendo em vista a abrangência e complexidade das ações realizadas e da grande demanda de trabalho nas ruas. Acredita-se que as intervenções da eCR poderiam ter sido ampliadas caso se somasse uma equipe multiprofissional dedicada exclusivamente a esta proposta. Apesar disso, foram atendidas 93 pessoas, em sua maioria homens (80%), na faixa etária dos 20 aos 60 anos de idade.</p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p><i>E1 “... No CAPS eu vejo assim que também às vezes quando tá muito agitado, falta funcionários, falta pessoal pra dar o suporte necessário. Porque tem dias que tá tudo calmo, mas tem outros dias que a situação tá bem... como eu vou dizer, os pacientes chegam muito agitados, sabe que quando chega um, dois agitados e agita os outros e aí as vezes fica complicada a coisa. Eu acho que a falta de pessoal é uma coisa bem importante”. (Trajeto 5 - Instrumental/deficiências)</i></p>

<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p><i>E2 “Eu tenho uma grande dificuldade no meu trabalho devido ao formato de consultório de rua, devido ao grupo que já foi fragmentado uma vez, e a visão deste novo grupo...” (Trajeto 7 - Mudança, fragmentação e rotatividade da equipe)</i></p>
<p>Tese 1: ROOS, C. M. Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua. 2014. 109 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014. Orientador: Jacó Fernando Schneider.</p>	<p><i>E4 “Eu quando entrei pro consultório de rua ele já estava ‘andando’. Ele começou em março, eu comecei a vir uma vez por semana em abril e fiquei mesmo em maio. Ele foi constituído por uma equipe, depois essa equipe as pessoas foram pra outro setor de trabalho, aí a gente foi compondo uma nova equipe, daí essa equipe teve mudanças de novo... eram seis pessoas, depois sete, depois oito, daí saíram 5... e hoje nós estamos entre quatro. A equipe teve muita troca de pessoas, e isso dificulta o trabalho, pra firmar... como era um projeto que tu sabia que tinha um tempo pra terminar isso também dificulta.” (Trajeto 10: Espaço das Relações: Ethos da equipe)</i></p>

Fonte: Criação própria (2016)

- DESAFIOS E LIMITES CITADOS EM APENAS UM TRABALHO

QUADRO 18: Falta de uma rede consolidada à noite.

Referências	Desafios identificados
Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. <i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar</i> , v. 22, n. 1SE, 2014.	Ausência de uma rede consolidada durante a noite;

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 19: Instrumentos descontextualizados.

Referências	Desafios identificados
<p>Artigo 2: SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. <i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar</i>, v. 22, n. 1SE, 2014.</p>	<p>Dificuldades em relação a alguns instrumentos de intervenção utilizados (berimbau e pandeiro) às vezes descontextualizados</p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 20: Não continuidade de ações.

Referências	Desafios identificados
<p>Dissertação 1: ABREU, D. Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele.</p>	<p>A não continuidade de algumas ações iniciadas no primeiro ano de projeto;</p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 21: Ausência de registros em prontuários pelos profissionais.

Referências	Desafios identificados
<p>Dissertação 2: PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Fortaleza, 2013. Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.</p>	<p>Durante a rotina das atividades do município em estudo, não foi observado nenhum registro, pelos profissionais, em prontuário específico, das intercorrências clínicas com os usuários assistidos, assim como das intervenções psicossociais e educativas realizadas em campo, ou mesmo das reuniões com outros equipamentos sociais e supervisões.</p>

Fonte: Criação própria (2016)

QUADRO 22: Ausência de atendimentos específicos.

Referências	Desafios identificados
<p>Monografia 1: DUTRA, A. L. P. Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF? 2014. 75 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.</p>	<p>Falta estrutura para atendimento e acompanhamento de transtornos mentais severos</p>

Fonte: Criação própria (2016)